



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 26 janvier 2017 — Vol. 44 N° 131**

Consultations particulières sur le projet de loi n° 118 — Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux (2)

**Président de l'Assemblée nationale :  
M. Jacques Chagnon**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec  
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec (Québec)  
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754  
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
**[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)**

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 26 janvier 2017 — Vol. 44 N° 131**

**Table des matières**

Auditions (suite)	1
Ordre des podiatres du Québec	1
Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)	7
Association des cliniques médicales du Québec (ACMQ)	15
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)	23
M. Mathieu Boilard et Mme Lyne Massicotte	30
Cliniques Somnos inc.	38
Mémoires déposés	46

**Autres intervenants**

M. Richard Merlini, président

M. Gaétan Barrette  
Mme Diane Lamarre  
M. Marc Picard  
M. Robert Poëti

- \* M. William Constant, Ordre des podiatres du Québec
- \* M. Mina Chamsi, idem
- \* Mme Martine Gosselin, idem
- \* Mme Danielle Boué, OTIMROEPMQ
- \* M. Alain Crompt, idem
- \* Mme Marie-Chantal Lafrenière, idem
- \* Mme Isabelle Girard, ACMQ
- \* M. Jocelyn Vachon, OPIQ
- \* Mme Josée Prud'Homme, idem
- \* M. Bernard Minville, Cliniques Somnos inc.
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 26 janvier 2017 — Vol. 44 N° 131

**Consultations particulières sur le projet de loi n° 118 — Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux (2)**

*(Huit heures cinquante-cinq minutes)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Bonjour et bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux. Ayant constaté le quorum, je déclare donc notre séance ouverte. Je demande à toutes les personnes dans le salon rouge de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de poursuivre les auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 118, Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements ce matin?

**La Secrétaire :** Oui, M. le Président. Mme Montpetit (Crémazie) sera remplacée par Mme Melançon (Verdun).

**Auditions (suite)**

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup. Alors, aujourd'hui, nous entendons les groupes suivants : l'Ordre des podiatres du Québec, l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec, l'Association des cliniques médicales du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, M. Mathieu Boilard, de Laboratoires Nasci Biologie Médicale, et M. Bernard Minville, de Laboratoires Somnos.

Alors, nous allons commencer. Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Ordre des podiatres du Québec. Je vous demande de bien vouloir vous présenter. Vous disposez de 10 minutes pour faire votre exposé, et ensuite on commencera les échanges avec les membres de la commission. Bonjour et bienvenue à la commission.

**Ordre des podiatres du Québec**

**M. Constant (William) :** Bonjour. M. le Président, M. le ministre, chers membres de la commission, bonjour. Je suis le Dr William Constant, podiatre et président intérimaire de l'Ordre des podiatres du Québec. Je suis accompagné aujourd'hui de notre directrice générale et secrétaire, Mme Martine Gosselin, à ma droite, et de notre directrice des affaires juridiques, Me Mina Chamsi, à ma gauche.

Notre ordre encadre la pratique professionnelle de 224 podiatres détenteurs d'un doctorat en médecine podiatrice. Nous exerçons notre pratique essentiellement dans les cliniques privées et on pratique aussi dans certains centres hospitaliers. Nous vous remercions de nous accueillir à la commission aujourd'hui.

Premièrement, nous avons noté, à l'article 3, un ensemble de définitions qui font place à une confusion. Je m'explique.

Par exemple, à l'alinéa 2°, la définition de «centre de services orthopédiques» introduit la notion de «services d'évaluation biomécanique». Pour bien saisir la nuance, parlons d'un parcours d'un patient typique. Un patient qui a mal au talon, par exemple, il va consulter soit un podiatre soit un médecin. Comme podiatre, je vais faire mon évaluation biomécanique, qui va me permettre de poser mon diagnostic. Si le problème est en lien avec la démarche, il est possible que je prescrive une orthèse plantaire. Le patient a alors le choix de faire fabriquer chez moi ou ailleurs, dans un centre de services orthopédiques, à partir de l'ordonnance ultradétaillée que je vais lui remettre. Une fois au centre, il a sa prescription en main, l'évaluation biomécanique est maintenant complétée. Il faut savoir qu'il n'y a aucun professionnel autorisé à prescrire dans un centre de services orthopédiques parce que les ordres le leur interdisent. Les services d'évaluation se font en amont par un professionnel autorisé à prescrire. On ne peut donc pas inclure les services d'évaluation biomécanique dans la définition de «centre orthopédique» puisque, dans ces centres, vous retrouverez essentiellement les orthésistes-prothésistes, qui ne sont pas autorisés à faire l'évaluation. Nous proposons simplement de retirer l'évaluation biomécanique de la définition de «centre de services orthopédiques».

Nous avons également constaté, à l'alinéa 8°, que la nouvelle définition donnée à l'orthèse inclut dorénavant la chaussure et la chaussure orthopédique. Il y a un problème ici, nous interdisons à un podiatre de vendre des chaussures à la fois dans notre loi et dans notre code de déontologie. Avec la nouvelle définition, vous incluez la chaussure dans la définition d'«orthèse». Donc, vous autorisez le podiatre à, dorénavant, vendre des chaussures. La seule chose qu'un podiatre peut vendre et prescrire, c'est une orthèse, puisque c'est le cœur de sa pratique. Nous sommes hautement formés pour concevoir — dans les règles de l'art toujours — une orthèse avec une précision très spécialisée. Nous souhaitons que ça demeure ainsi. Nous avons un malaise qu'un podiatre puisse commencer à vendre des souliers ou tout autre produit connexe. Pour nous, il s'agit là d'une ouverture au conflit d'intérêts. Nous souhaitons donc que la mention «chaussure» soit retirée de la définition d'«orthèse» pour éviter les conflits ou apparences de conflit d'intérêts dans un contexte de commerce de chaussures.

Je souhaite aussi porter votre attention sur une petite incohérence en lien avec l'exercice même de la podiatrie. Quand on lit attentivement la définition d'un laboratoire orthopédique et la définition d'un centre de services orthopédiques, on constate que c'est le cœur de la pratique de la podiatrie. De fait, le podiatre consiste, entre autres activités, à obtenir une empreinte du pied, effectuer les mesures appropriées, prescrire l'orthèse du pied, élaborer un devis pour la fabrication d'une orthèse, la livrer, l'ajuster et la modifier, et fabriquer l'orthèse en tant que telle, l'orthèse du pied. Le podiatre fabrique donc une orthèse au degré près avec des angles d'une précision exemplaire. Ce service, il l'offre directement au public à même sa clinique. Suivant les définitions proposées par le projet de loi, il exerce donc les activités d'un laboratoire orthopédique.

• (9 heures) •

Or, le projet de loi, avec la concordance à la Loi sur la podiatrie, lui interdit d'avoir un intérêt dans un laboratoire orthopédique qui est, en pratique, sa propre clinique. Vous comprendrez que le projet de loi ne peut lui interdire. C'est comme si on interdisait à un prosthodontiste, qui est un dentiste spécialiste et dont la spécialité consiste à fabriquer des prothèses dentaires sur mesure grâce à son expertise, ce qui n'a rien de comparable à la denturologie classique, d'exercer sa profession parce qu'il fabrique lui-même sa prothèse et l'ajuste à son patient. Il s'agit, sans doute, d'un simple ajustement du texte de la loi pour s'assurer que la concordance est harmonieuse avec l'objectif visé, qui n'est assurément pas d'empêcher les podiatres d'exercer leur profession. Nous sommes convaincus que ce n'était pas l'intention.

Sur le volet de l'imagerie médicale, dans sa pratique, le podiatre utilise couramment l'imagerie médicale sous toutes ses formes. Certains font eux-mêmes les radiographies ou les échographies de leurs patients. Le podiatre qui fait lui-même les radiographies à sa clinique doit détenir un permis d'imagerie médicale spécifique. Nous soulevons aux membres de cette commission que l'utilisation de la double négation à l'article 15 du projet de loi fait place à une interprétation qui pourrait être celle que ni les podiatres, ni les dentistes, ni les chiropraticiens ne pourraient détenir un permis, alors qu'à sa face même c'est précisément l'inverse qui est souhaité. Encore une fois, probablement une simple question de libellé.

En dernier point, l'article 38 du projet de loi donne la possibilité au gouvernement de déterminer des obligations de formation au personnel des laboratoires. C'est une responsabilité dévolue aux ordres. Nous craignons ici des doubles standards et des décalages. Nous devons collectivement être plus agiles dans la mise à jour des règlements touchant la formation des professionnels. Déjà, les ordres doivent composer avec des règlements de l'Office des professions qui sont loin d'être simples à mettre à jour et qui, parfois, disons-le, sont un peu décalés avec les besoins du terrain. Nous vous soumettons que les ordres et le ministre de la Santé doivent travailler conjointement. Si le ministre a des préoccupations en matière de formation, parlons-nous et nous agissons sur les professionnels que nous avons la responsabilité d'encadrer. Nous doutons qu'il soit productif que le gouvernement édicte des normes de son côté et que d'autres normes soient en vigueur du côté des ordres professionnels. Cohésion et concordance sont les clés pour bien protéger le public.

En conclusion, l'ordre salue ce projet de loi. Toutefois, il est important d'éviter la confusion quant aux activités effectuées dans les centres de services orthopédiques. Nous pensons aussi que les modifications de concordance et la définition doivent être ajustées. Je vous remercie. Nous sommes prêts à répondre à vos questions, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Dr Constant, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux pour un bloc de 16 minutes. M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors donc, Dr Constant, bonjour.

**M. Constant (William) :** Bonjour.

**M. Barrette :** Mme Gosselin, madame... Vous êtes avocate ou...

**M. Chamsi (Mina) :** Me Chamsi.

**M. Barrette :** Me Chamsi, il me fait plaisir de vous rencontrer. Merci d'être ici aujourd'hui.

Vous avez abordé plusieurs éléments, puis il y a comme un fil conducteur dans votre intervention, dans votre présentation. Vous avez l'impression que le projet de loi pourrait vous exclure de certaines choses ou ne pas vous inclure selon l'angle que vous prenez, là, évidemment, mais, par définition, il y a quand même... Puis là j'aimerais ça... Sentez-vous très libres de nous éclairer là-dessus, là, il semble quand même y avoir un chevauchement dans la pratique. Et là je le dis avec la plus grande réserve, il y a un chevauchement, et pas simplement une intersection — peut-être, à tort ou à raison, ce que je vais dire — avec le domaine des orthésistes-prothésistes. Pouvez-vous, un peu, nous démêler à cet égard-là pour qu'on puisse comprendre pourquoi vous pensez à ce point-là que les définitions et le champ d'application de la loi posent tant un problème?

**M. Constant (William) :** En fait, la différence se fait dans le parcours du patient, je vous dirais, le patient qui a une... On va prendre un exemple d'une douleur, par exemple, au talon. Le patient a deux cheminements classiques, je vous dirais, qu'il peut prendre, soit voir son médecin de famille ou un podiatre pour avoir l'évaluation et poser le diagnostic sur sa condition, qui ne nécessite pas toujours, par exemple, une prescription d'orthèse plantaire. Une fois que ça, c'est effectué et que le diagnostic est posé, le patient maintenant a le choix. S'il est chez le médecin de famille, il peut aller voir l'orthésiste ou même le podiatre pour aller faire son orthèse plantaire. S'il voit le podiatre, le podiatre peut soit, lui-même, prendre les mesures, évaluer, et fabriquer l'orthèse, et la lui remettre ou lui remettre une ordonnance, si le patient préfère, pour aller voir un orthésiste-prothésiste.

**M. Barrette** : O.K. Vous avez fait référence à la définition de l'inclusion ou non de la chaussure orthopédique dans la définition d'«orthèse». Nous, dans le texte de loi, on considère que l'orthèse inclut la chaussure. Est-ce que j'ai compris que vous voulez que ça ne l'inclue pas?

**M. Constant (William)** : Exactement, vous avez très bien compris.

**M. Barrette** : Pourquoi exactement? Parce que, là, je n'ai pas saisi exactement la nuance que vous avez apportée, là.

**M. Constant (William)** : Parce qu'on ne considère pas que la chaussure orthopédique soit nécessairement une orthèse précise, un service médical précis. Martine, si tu veux...

**Mme Gosselin (Martine)** : Oui. En fait, le podiatre est un prescripteur comme le médecin est un prescripteur, et nous, ce qu'on ne veut pas, c'est que le podiatre devienne un vendeur de souliers. Vous savez tous le principe, là, que qui prescrit ne vend pas. Il y a une exception qui est permise au podiatre de par sa formation et c'est l'orthèse seulement. Donc, on ne veut pas qu'on se retrouve avec des podiatres qui vendent des chaussures ou des chaussures orthopédiques. Ça ne fait pas partie de sa formation. Ce qui fait partie de sa formation, c'est le diagnostic et la prescription de la chaussure appropriée, que ce soit une chaussure orthopédique ou un autre type de chaussure qui va être capable de faire fitter — excusez-moi l'expression — une orthèse dedans. Mais il n'est pas là pour la vendre, il est là pour la prescrire. Donc, actuellement, la loi l'interdit. On ne voudrait pas ouvrir la porte à ces conflits d'intérêts là.

**M. Barrette** : O.K. Je comprends. Donc, le problème — parce que je l'avais donc, effectivement, mal perçu — le problème, c'est que... bien, le problème... Votre intention est de faire en sorte que vous n'entriez pas dans un nouveau territoire, et non l'inverse.

**Mme Gosselin (Martine)** : Oui, absolument.

**M. Constant (William)** : Exactement.

**M. Barrette** : C'est exactement ça, là.

**Mme Gosselin (Martine)** : Oui, absolument.

**M. Constant (William)** : Oui, absolument.

**M. Barrette** : O.K. Alors, je l'avais compris peut-être dans l'autre sens, là, mais c'est exactement l'inverse. Vous nous demandez de faire en sorte que vous autres, vous n'ayez pas l'opportunité d'embarquer dans un territoire plus commercial. Peut-être que je peux dire ça comme ça, là.

**Mme Gosselin (Martine)** : Oui, absolument.

**M. Constant (William)** : C'est exactement ça.

**Mme Gosselin (Martine)** : Il faut éviter ces activités commerciales là.

**M. Barrette** : O.K. Ça marche. O.K. D'accord, d'accord. O.K. Ça va bien parce que nous, dans notre lecture de notre loi, on ne considérerait pas qu'on allait modifier l'article 13. Parce que vous faites référence à l'article 13 de votre loi, qui interdit la vente de chaussures orthopédiques, bon, nous, notre compréhension de la loi ne vient pas changer ça si ça peut vous rassurer. Mais peut-être que vous avez une lecture différente. Je comprends que vous avez une lecture différente. C'est ça?

**M. Constant (William)** : Exactement.

**Mme Gosselin (Martine)** : Oui, dans notre lecture, étant donné la nouvelle définition d'«orthèse», c'est ce qui vient changer la donne pour notre article 13.

**M. Barrette** : O.K. O.K. Là, je comprends mieux la chose. O.K. Alors, ça, ça résume le côté principal, je dirais, de la définition pour ce qui est de votre intervention du côté professionnel, spécifique de l'orthèse et de la chaussure, là.

Après ça, on s'en va du côté de l'imagerie, et là, du côté de l'imagerie, est-ce que je comprends bien que, pour vous, il y a une problématique d'appliquer la loi en termes d'obtention de permis chez vous?

**M. Constant (William)** : Je vais passer la question à ma directrice générale.

**Mme Gosselin (Martine)** : Est-ce que je peux vous demander de préciser votre question?

• (9 h 10) •

**M. Barrette :** Bien, en fait, je veux mieux comprendre quel est votre inconfort par rapport à la partie de l'imagerie médicale.

**Mme Gosselin (Martine) :** O.K. L'article 15 précise les professionnels qui peuvent obtenir un permis de radiologie spécifique. À l'heure actuelle, le podiatre qui fait lui-même ses radiographies ou ses échographies doit obtenir un permis de radiologiste spécifique du LSPQ.

**M. Barrette :** Bien oui.

**Mme Gosselin (Martine) :** C'est tout à fait normal. Présentement, la double négation dans l'article 15 semble exclure les podiatres et les autres professionnels de la détention du permis de radiologie spécifique. Nous, on pense que c'est une erreur de rédaction parce que je ne pense pas que ce soit votre intention d'exclure ces professionnels-là.

**M. Barrette :** Donc, c'est le même principe. Vous voulez continuer à être visés par ces lois-là.

**Mme Gosselin (Martine) :** Oui, absolument.

**M. Barrette :** C'est rare, les gens qui viennent en commission parlementaire, qui viennent nous suggérer d'être inclus dans la loi. Alors, vous comprenez mon étonnement et les raisons pour lesquelles je pose des questions.

**Mme Gosselin (Martine) :** Bon, peut-être comme on est là pour la protection du public, comme n'importe quel ordre professionnel.

**M. Barrette :** Non, non, c'est parfait. C'est parfait. Alors, on est à la même place. Écoutez, on va le revoir. Je n'ai pas nécessairement exactement la même lecture que vous, mais, si ça porte à confusion, compte tenu de votre commentaire, je peux vous assurer qu'on va s'assurer que vous soyez encore dans le même environnement réglementaire et législatif.

**Mme Gosselin (Martine) :** C'est probablement une simple question de libellé.

**M. Barrette :** Oui, certainement. Oui, parce que les choses finalement sont simples.

Et pour ce qui est des modifications de concordance, là, alors là, je vais vous demander d'élaborer un petit peu plus parce que vous, quand vous nous parlez de la concordance, vous nous dites que ce qu'on écrit va changer la pratique. Alors, ça, c'est une sommation des deux premières ou c'est quelque chose de plus, là?

**Mme Chamsi (Mina) :** La modification qui arrive à l'article 13, qui a été proposée telle quelle, elle permettrait désormais aux podiatres d'avoir un intérêt dans une entreprise de vente et de fabrication de chaussures.

**M. Barrette :** Mais vous ne voulez pas ça.

**Mme Chamsi (Mina) :** On ne veut absolument pas ça parce que c'est dans le code de déontologie du podiatre aussi. Il est interdit, pour lui, de quelque façon que ce soit, de s'associer avec une entreprise de vente ou de fabrication de chaussures. Donc, on veut maintenir cette interdiction pour l'empêcher de vendre indirectement des chaussures, ce qui est interdit directement. Donc, on veut qu'il ne fasse aucun profit, que ce soit de manière directe ou indirecte, à la vente de chaussures.

**M. Barrette :** Écoutez, c'est correct, ça simplifie. Alors, je comprends que toute la portée et la teneur de votre intervention est de vous assurer que vous soyez visés et que ça soit comme avant.

**Mme Chamsi (Mina) :** Absolument.

**M. Constant (William) :** Absolument.

**M. Barrette :** Bon, voilà.

**Mme Gosselin (Martine) :** Si je peux me permettre une autre...

**M. Barrette :** Je peux vous assurer que j'en prends bonne note, et que nous allons relire et réécrire, si nécessaire, pour s'assurer — et on vous consultera — que ça vous satisfasse. Je souris, là, mais c'est vraiment la première fois en de nombreuses heures de commission parlementaire où un groupe vient me demander de m'assurer que je suis encore dans la loi, puis c'est bien parfait comme ça. Alors, c'est bien parfait comme ça. Voilà, j'ai... Avez-vous des choses à me rajouter?

**Mme Gosselin (Martine) :** Oui. Moi, j'ai quelque chose à ajouter. Si je peux me permettre, il y a une autre modification de concordance qui a été faite dans la loi et qui touche la définition des laboratoires orthopédiques. Dans la loi, présentement, vous avez une définition de «laboratoire orthopédique» qui inclut toutes les activités que le podiatre fait

lorsqu'il fait, fabrique, modifie ou prescrit une orthèse. Cette définition-là, dans la concordance actuelle que vous avez proposée, vient lui interdire d'avoir un intérêt dans un laboratoire orthopédique. On comprend. C'est correct. Par contre, si la définition est maintenue telle quelle, vous venez toucher le coeur de la podiatrie en ce qui... et les podiatres font autre chose que des orthèses, là, il faut bien comprendre ça, mais, lorsqu'il fabrique l'orthèse, il se trouve à faire exactement l'activité que vous avez indiquée dans votre définition de «laboratoire orthopédique». On ne peut pas lui empêcher de faire ces activités-là dans sa clinique qui, si on se colle à la définition, devient un laboratoire orthopédique. Donc, cette définition, si elle est maintenue à l'article 13 telle quelle, vient empêcher au podiatre de faire ce pour quoi il a été formé lorsqu'il fabrique ses orthèses lui-même dans sa clinique. Il faudra aussi que notre article 13 — c'est ce qu'on propose — soit maintenu tel quel. Là, on veut que ce soit enlevé plutôt — au contraire de ce que ce soit maintenu — pour qu'il puisse continuer à faire ses activités de podiatrie en ce qui concerne la fabrication des orthèses dans sa clinique. Donc, vous allez le voir, dans notre mémoire, on vous propose une rédaction.

**M. Barrette** : O.K. Parfait. Bon, écoutez, moi, c'est clair.

**Mme Gosselin (Martine)** : Merci.

**M. Barrette** : Voilà. Moi, je n'ai pas d'autre question, M. le Président, à moins que vous ayez d'autres commentaires. Ça va? Parfait. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini)** : Très bien. Merci beaucoup pour ce bloc d'échange, M. le ministre. Maintenant, vers l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 9 min 36 s. À vous la parole.

**Mme Lamarre** : Merci beaucoup. Merci, M. le Président. Alors, bonjour, Dr Constant, Mme Gosselin et Me Chamsi.

D'abord, vous féliciter parce que, vraiment, votre mémoire est très, très, très bien présenté, très clair, facile à se reconnaître et à voir comment on pourra formuler d'éventuels amendements. Je vous félicite aussi parce que je pense que vous avez bien démontré votre volonté de protéger le public. Ce qu'on reproche souvent aux membres, de protéger davantage ses membres que le public. Donc, vos interventions vont vraiment dans le sens de bien baliser et de clarifier aussi les différents champs d'exercice parce que, souvent, ça devient... d'une certaine confusion.

Je pense que vous avez clarifié à peu près toutes les choses. Il reste une chose, je pense, dont on a parlé hier, l'évaluation biomécanique. Est-ce que vous pourriez me dire en quoi votre évaluation est différente de celle qui est faite par les orthésistes-prothésistes, par exemple?

**Mme Gosselin (Martine)** : Je vais laisser Dr Constant répondre au niveau de la façon dont il fait l'évaluation puis ensuite je vais y aller pour ce qui est de l'activité réservée de l'évaluation.

**M. Constant (William)** : Encore une fois, le parcours typique clinique d'un patient qui vient à la clinique, se présente pour une douleur, par exemple, on va pouvoir faire notre évaluation complète, vérifier justement tous les systèmes, évaluer la douleur. Une fois qu'on exclut d'autres causes qu'un problème biomécanique, là, on va aller faire notre évaluation biomécanique, qui est un outil pour amener au diagnostic. Donc, on va évaluer sa démarche, on va évaluer chaque articulation, on va évaluer, au degré près, au millimètre près, son pied en entier, sa démarche, sa posture. On va regarder aussi la façon qu'il se tient, la façon que ses souliers sont usés. On va aller chercher tous les éléments dans notre évaluation pour pouvoir amener un diagnostic précis à la fin. Diagnostic suite à une évaluation ne veut pas dire prescription d'orthèse automatiquement. Il y a ici, quand même, une nuance à faire. C'est arrivé, ça arrive fréquemment qu'on fait une évaluation biomécanique et que notre diagnostic... le meilleur traitement médical pour notre patient ne soit pas une orthèse plantaire, ça peut être bien d'autres choses que le podiatre est habilité à faire. Une fois que... Si on détermine que, oui, c'est une orthèse plantaire dont le patient a besoin, on va élaborer une prescription, encore une fois, très détaillée, avec tous les angles nécessaires, tous les millimètres nécessaires, prescription, je crois, d'ailleurs, qu'on vous a fait parvenir, si vous voulez regarder.

**Mme Gosselin (Martine)** : Alors, il faut comprendre que la prescription que vous avez en main a été élaborée... Vous comprenez que l'activité d'évaluation, qui est une activité réservée qui est faite par le podiatre, mène à la prescription. C'est donc une activité qui est réservée au prescripteur. C'est un des éléments, l'évaluation biomécanique, qui lui sert à élaborer son diagnostic. C'est à partir de celle-là qu'il va élaborer cette prescription-là. Et ce qu'on vous expliquait, c'est que ça ne va pas nécessairement mener à une prescription d'orthèse. Donc, c'est un élément parmi tant d'autres qui va amener à un diagnostic.

Donc, on ne peut pas donner, par le biais d'une loi, par une porte d'en arrière, une activité d'évaluation qui est une activité qui est réservée, au Code des professions, à certains professionnels... Même contribuer à cette évaluation-là est une activité qui est réservée. Ça sert à élaborer la prescription. Vous avez en main une prescription de podiatre, qui est une prescription qui est très détaillée, qui est faite à partir de l'évaluation biomécanique. Souvent, on est habitué à avoir une prescription d'orthèse qui est faite par un médecin sur un pad de prescription... écrit «orthèse plantaire» simplement, alors que la prescription d'une orthèse faite par un spécialiste en podiatrie est beaucoup plus détaillée, beaucoup plus précise, et cette évaluation-là requiert une expertise particulière et doit être faite vraiment avec minutie.

• (9 h 20) •

Donc, l'orthésiste va arriver après cette prescription-là, soit la prescription d'orthèse par un médecin ou soit la prescription d'orthèse par le podiatre. Donc, cette évaluation biomécanique est faite en amont de la prescription.

**Mme Lamarre :** On comprend que, pour les orthésistes-prothésistes, ça semblait être quelque chose d'important d'avoir ce terme-là. Hier, l'ordre nous a dit : Bien, c'est ça, mais ce n'est pas vraiment ça au sens de l'évaluation comme une activité réservée dans un champ de compétence. Est-ce que vous auriez une option qui permettrait de nous assurer qu'on ne limitera pas le champ d'exercice des orthésistes tout en ne leur permettant pas d'aller dans le territoire, là, où l'évaluation biomécanique semble relever davantage des champs de compétence des podiatres, selon ce que vous nous dites?

**Mme Gosselin (Martine) :** En fait, d'une part, ça relève du ministère de la Justice de déterminer les activités des professionnels. L'orthésiste prend des mesures. Si, dans votre libellé de l'article, vous enlevez l'évaluation biomécanique comme le propose le Collège des médecins et comme on le propose aussi, ce qui reste dans la loi est tout à fait, à notre avis, correct. Ça n'empêche pas de prendre des mesures, de faire les angles, de prendre les moulages pour préparer puis fabriquer l'orthèse ou même la modifier. Je pense qu'ils font une appréciation de l'état du patient, de l'ordonnance qu'on leur fournit, qu'ils sont tout à fait capables de contribuer avec le professionnel qui a fait l'orthèse, et d'apprécier leur travail, et d'apprécier les symptômes du patient. À ce niveau-là, je ne crois pas que d'enlever l'évaluation biomécanique du projet de loi va les empêcher de travailler puis de continuer à faire ce qu'ils font de façon très professionnelle, là.

**Mme Lamarre :** D'accord. On aura à révéifier tout ça éventuellement. Donc, pour le reste, écoutez, je pense que vos commentaires sont très clairs. Donc, moi, je n'ai pas d'autre commentaire ou question. Merci.

**Le Président (M. Merlini) :** Très bien. Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Maintenant, nous allons du côté du deuxième groupe d'opposition, le député des Chutes-de-la-Chaudière. Vous disposez d'un temps de 6 min 24 s. À vous la parole, M. le député.

**M. Picard :** Merci, M. le Président. Merci de votre présence ce matin.

Tout à l'heure, j'entendais que vous êtes des laboratoires parce que vous créez des orthèses et vous donnez le service aussi, mais il y a une notion de permis et de dirigeant, là, directeur principal. Est-ce que vous êtes à l'aise avec cette notion-là dans le projet de loi?

**M. Constant (William) :** Je ne suis pas certain d'avoir bien saisi votre question.

**M. Picard :** Je pense que madame a saisi, si je ne me trompe pas.

**Mme Chamsi (Mina) :** Dans la mesure où, bien sûr, c'est une personne qui fait partie d'un ordre professionnel. Donc, nos commentaires à ce niveau-là se rallient avec ceux du Collège des médecins. Il faut juste s'assurer que ce ne soit pas une personne qui n'appartienne pas à un ordre professionnel qui puisse détenir une clinique et déléguer des tâches qui doivent être supervisées puis qui doivent suivre des règles déontologiques précises. Donc, nous, c'est à ce niveau-là, notre préoccupation principale.

**M. Picard :** O.K. Si je reviens sur... Tantôt, vous avez dit : Quelqu'un qui a mal aux pieds peut aller voir son médecin de famille ou peut aller vous rencontrer. Est-ce que des médecins de famille vous réfèrent des clients aussi? Des patients, bien sûr. Et donc je comprends que quelqu'un qui a des problèmes n'a pas besoin d'aller voir un... Vous n'êtes pas considérés comme un médecin spécialiste.

**M. Constant (William) :** Non.

**M. Picard :** Non, on peut aller vous voir... Exactement.

**M. Constant (William) :** Exactement. Comme un dentiste, par exemple, ou tout autre professionnel, le patient qui veut consulter en podiatrie n'a pas besoin d'une référence de son médecin de famille pour pouvoir consulter un podiatre.

**M. Picard :** O.K. Tantôt, vous disiez aussi à M. le ministre que vous n'étiez pas à l'aise de vendre des chaussures orthopédiques parce qu'il y avait la notion de vente, mais, dans votre travail actuel, vous pouvez vendre des orthèses aussi, vous les fabriquez et vous les vendez. C'est ça?

**M. Constant (William) :** Uniquement.

**M. Picard :** O.K. Uniquement. Mais est-ce que vous avez consulté vos membres, les membres de l'ordre? Je vous lance ça tout bonnement, là, il n'y a pas de...

**M. Constant (William) :** Consulté nos membres par rapport à...

**M. Picard :** Par rapport au fait que vous dites que ce serait mieux de ne pas avoir le droit de vendre des chaussures orthopédiques, là. Ce n'est pas des chaussures, là, de grandes marques, c'est vraiment spécialisé, là.

**Mme Gosselin (Martine) :** Il est difficile de qualifier une chaussure orthopédique. Vous savez, les chaussures Clarks, que beaucoup de gens portent — il y a même des chaussures Clarks qui ont des talons hauts — cette chaussure-là se qualifie de chaussure orthopédique. Donc, on ouvre la porte grande comme ça à toutes sortes de ventes de chaussures, et là ça cause un paquet de problèmes. Nous, on ne veut pas ça. Donc, vous savez, c'est très difficile après, une fois qu'on a dit : Vous pouvez vendre des chaussures orthopédiques. Quelle sorte de chaussure, quelle marque, quel modèle? On ne peut pas réglementer ça. Bien entendu, on s'imagine souvent la chaussure orthopédique comme une grosse chaussure berceau avec des gros lacets, qui vont compenser, par exemple, peut-être, pour un membre plus court, ou un membre qui est déformé après une maladie, ou peu importe, mais ce n'est pas toujours le cas.

Donc, par exemple, mon exemple de la chaussure Clarks, vous imaginez-vous une bannière «Chaussures Clarks en vente ici» chez un podiatre qui est un professionnel de la santé, qui n'est pas censé vendre ce qu'il prescrit? Alors, on ouvre vraiment la porte aux conflits d'intérêts et on ne veut pas ça. Même si nos membres voudraient peut-être le faire, on ne veut pas ouvrir la porte à des activités mercantiles d'un professionnel de la santé.

**M. Picard :** O.K. Est-ce qu'il existe des chaussures orthopédiques qui doivent être modifiées par un professionnel de la santé?

**Mme Gosselin (Martine) :** Oui. Et le podiatre va faire la prescription, et c'est l'orthésiste qui va se charger d'honorer cette prescription-là. L'orthésiste va faire la modification, va vendre la chaussure au patient. C'est son travail.

**M. Picard :** Dernière question. Hier, il y a un ordre qui nous a tous surpris, hein, qui nous disait qu'il y avait des professionnels qui exerçaient sans être membres de l'ordre. Est-ce que chez vous, vous avez le même phénomène ou tout le monde est membre de l'ordre?

**Mme Gosselin (Martine) :** Tout le monde est membre de l'ordre. La podiatrie est une activité d'exercice exclusive.

**M. Picard :** Parfait, merci. Merci, M. le Président. Merci pour vos commentaires.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Me Chamsi, Mme Gosselin, Dr Constant, de l'Ordre des podiatres du Québec, merci pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends donc les travaux et je demande à l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec de venir prendre place à la table. Les travaux sont suspendus.

*(Suspension de la séance à 9 h 27)*

*(Reprise à 9 h 30)*

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, nous reprenons donc nos travaux, et je souhaite la bienvenue à l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. Vous allez vous présenter lorsque vous allez faire votre exposé. Vous disposez de 10 minutes, et ensuite suivra la période d'échange avec les membres de la commission, et bienvenue.

### **Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)**

**Mme Boué (Danielle) :** Alors, M. le Président, M. le ministre, chers membres de la commission, bonjour. Je suis Danielle Boué, présidente de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. Je suis accompagnée aujourd'hui, pour cette présentation, de M. Alain Crompt, directeur général et secrétaire à l'ordre, et de Me Marie-Chantal Lafrenière, directrice des Affaires professionnelles et juridiques.

Alors, d'entrée de jeu, nous vous remercions de nous accueillir ce matin ici pour nous permettre de répondre à cette consultation sur p.l. n° 118. Fondé il y a maintenant plus de 75 ans, notre ordre professionnel encadre la pratique de plus de 6 000 technologues qui sont issus de quatre secteurs d'activité dont l'imagerie médicale, la radio-oncologie et l'électrophysiologie médicale. Donc, le projet n° 118 vient donc toucher directement les centres où les technologues membres de notre ordre exercent leurs activités.

Relativement à certaines définitions, nous avons noté, à l'article 3, plus précisément au paragraphe 6°, que certains termes n'avaient pas été actualisés. Donc, dans un contexte de modernisation de la loi, nous pensons qu'il serait approprié d'utiliser une terminologie juste et qui correspond à la pratique actuelle. On y retrouve, par exemple, des termes comme «résonance magnétique nucléaire» alors que c'est un terme qui n'est plus utilisé. On parle davantage de résonance magnétique ou d'imagerie par résonance magnétique. Dans le même esprit, il serait plus juste d'employer les termes «radiation ionisante» et «radioélément» plutôt que «absorption rayonnement x» ou de «radiation x» et «radioactivité». Donc, des exemples comme ceux-ci, vous en retrouverez d'autres dans notre mémoire, bien sûr. Alors, c'est un peu comme si on utilisait l'appellation «Commission des liqueurs» pour désigner la SAQ. On conviendra tous qu'on a une véritable actualisation à faire sur cet aspect important. Alors, pour ce faire et pour assurer une harmonisation des termes, nous vous proposons de vous inspirer des termes utilisés dans la Loi des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale.

Sur le dossier de titulaires de permis, nous sommes heureux que l'encadrement de la pratique de l'imagerie médicale, plus spécifiquement de l'échographie, ne se limitera plus qu'aux fins de diagnostic, mais couvrira également l'ensemble des professionnels de la santé qui détiennent un appareil d'échographie pour des fins de prévention, de dépistage, de traitement de la maladie. Est-ce que nous comprenons bien que chaque personne qui aura ou qui utilisera un appareil d'échographie maintenant au Québec devra détenir un permis? Si c'est votre intention, nous sommes d'accord, d'autant plus que cette nouvelle disposition permettra de solutionner une problématique de l'échographie de divertissement qui est un dossier qui nous préoccupe et qui préoccupe également le Collège des médecins du Québec.

L'article 16 qui porte sur les titulaires de permis en imagerie médicale nous apparaît problématique car il vient carrément empêcher les technologues d'exploiter leur propre laboratoire de façon autonome. Pourtant, il existe actuellement, au Québec, des technologues en imagerie médicale qui détiennent des cliniques d'échographie. Avec p.l. n° 118, les technologues ne seront plus en mesure d'opérer ces laboratoires et d'offrir des services à la population, et ceci, indépendamment du dossier de la rémunération, là, sur la couverture de l'échographie au public. Ces technologues sont hautement compétents. Ils fournissent des centaines d'heures de services à la population québécoise. Ils réalisent des examens de manière autonome qui sont ensuite analysés par des radiologistes, des gynécologues, obstétriciens ou des cardiologues.

Nous posons donc la question aujourd'hui en commission : Pourquoi un technologue ne pourrait-il exploiter un laboratoire d'imagerie? À partir du moment où il se soumet aux mêmes exigences de qualité, d'hygiène, de sécurité, pourquoi la loi l'exclurait? Et notre avis, c'est que ça va à l'encontre, évidemment, de la tendance actuelle qui vise plutôt à former davantage des technologues afin que plus d'échographies à des fins diagnostiques puissent être réalisées de manière autonome afin de soulager un peu le réseau de la santé.

Relativement au Dossier santé Québec, le DSQ, nous souhaitons que le gouvernement profite de la modernisation que propose le projet de loi n° 118 pour corriger, selon nous, une erreur du passé, un oubli relativement au DSQ. Alors, nous avons constaté que le projet de loi apporte des modifications à la loi qui concerne le partage des renseignements de santé, la loi du Dossier santé Québec. Nous vous demandons de profiter de cette opportunité, de cette ouverture, pour accorder aux technologues de nos quatre domaines d'exercice l'accès au Dossier santé Québec parce que ce n'est pas le cas actuellement. Les technologues n'ont pas accès au DSQ. Cela permettrait de faire, donc, des gains en efficacité et en qualité dans tout le réseau.

Quand un technologue doit faire une échographie de suivi chez une patiente atteinte du cancer, nous demandons qu'il ait accès aux images antérieures. Ainsi, il s'assure de prendre des images des zones précises dont le médecin radiologue a besoin pour évaluer la progression de la maladie. Un autre exemple sur le DSQ, donc, un technologue ne peut pas injecter un produit de contraste à un patient dans le cadre d'un examen ou d'une intervention sans vérifier un certain nombre de données du patient, qui sont dans son Dossier santé Québec, évidemment, dont la créatinine puis les anticoagulants. Donc, des exemples comme ça, il y en a d'autres. Ça nous fera plaisir de les partager avec vous si vous en avez besoin.

Évidemment, comme ces informations sont manquantes, certaines pratiques s'installent, depuis 2012, afin de pallier l'absence de données. Par exemple, il y a des ordonnances de laboratoires qui sont présignées par des médecins spécialistes pour refaire des examens de laboratoire, ce qui n'est pas une pratique optimale. Il y a des répétitions d'analyses de laboratoire, il y a des achats de lecteurs de créatinine dans les services de radiologie, il y a le report d'examens d'imagerie à des dates ultérieures, des changements de protocole pour qu'il n'y ait pas d'injection parce qu'on n'a pas les données du Dossier santé Québec puis enfin, finalement, il y a aussi des reprises d'examen. Donc, c'est non seulement hautement inefficace, mais cela peut également entraîner des coûts supplémentaires, sans compter les inconvénients qu'on retrouve ici et les risques pour le patient et la population québécoise.

Relativement aux normes, l'article 33 du projet de loi entend permettre au gouvernement, par règlement, de déterminer des normes d'hygiène de protection d'aménagement qu'il édictera ainsi que des obligations de formation pour les personnels de laboratoire. Ce que nous souhaitons ici, c'est une cohérence, donc simplement éviter que la création de normes par les ordres et aussi d'autres normes par le gouvernement entraîne des doubles standards, donc entraîne des doubles standards, des dédoublements et des contradictions, malheureusement, parfois. Donc, dans un objectif d'efficacité, nous souhaitons que le ministère travaille avec les ordres et nous sommes disponibles à travailler avec le ministère, bien sûr, afin d'établir ces normes et s'assurer d'une cohérence.

En conclusion, donc, l'ordre apprécie beaucoup les efforts qui ont été consentis pour moderniser la loi et encadrer de façon législative le secteur de l'échographie et les centres de physiologie respiratoire. Toutefois, des modifications additionnelles sont, selon nous, nécessaires afin de rendre ce projet plus acceptable, plus en diapason avec la situation actuelle qui existe sur le terrain.

Alors, en vous remerciant de votre attention, nous sommes maintenant disponibles pour répondre à vos questions.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme Boué, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. La parole est à vous pour votre bloc de 16 minutes.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, Mme Boué, ça fait plaisir de vous revoir, M. Crompton... des années. Et on ne se connaît pas, mais ça fait plaisir, bienvenue, Me Lafrenière.

Alors, ça me remet dans mon élément, dans une certaine mesure, et j'ai bien apprécié, et je n'ai pas été surpris de la teneur, ni du mémoire, ni évidemment de vos commentaires, ce qui va nous permettre de nous engager dans un débat constructif, parce que vous vous adressez à un certain nombre d'éléments qui sont pertinents, mais qui ont une portée que

je pense que les gens qui nous écoutent ou qui ne sont pas familiers avec le milieu ne réalisent peut-être pas. Et on va échanger, là, pour que vous puissiez exprimer la logique qui sous-tend vos positions. Il y en a une, là, je la comprends très bien, là, mais maintenant je pense même que vous allez plus loin que ce que moi, j'ai déjà préconisé. Je pense même que vous proposez quelque chose de plus, qui est très nouveau, puis je vous le dis tout de suite, là, je ne suis pas nécessairement en désaccord avec ce que vous allez dire, mais je veux bien entendre ce sur quoi vous étayez votre position.

Je vais juste éliminer deux, trois choses en partant, là. Pour ce qui est de la terminologie, là, on se comprend-tu qu'on ne va pas faire un téléroman là-dessus, là? Je comprends l'exemple de la Commission des liqueurs, c'est juste que la résonance magnétique nucléaire, c'est le principe fondamental de physique sur lequel est basé l'examen. Je comprends qu'on parle d'imagerie par résonance magnétique, là, je veux simplement mentionner que le principe physique absolu, en science, c'est la résonance magnétique nucléaire, qui était d'ailleurs le premier terme utilisé. Et vous avez raison, l'usage l'a évacué, mais les textes de loi sont faits pour être cohérents aussi dans la durée. Vous avez raison, ça pourrait être actualisé, mais on ne s'obstinera pas là-dessus pendant le temps qui nous est imparti, on s'entend.

La question du DSQ, vous avez raison aussi, sur ce que vous avez pris comme exemple, mais là c'est un autre débat. Ça, c'est un débat qui est à la Commission d'accès à l'information, et je vous rappellerai simplement que, même si vous avez raison, vous... Au moins, les deux. Je ne sais pas vous, Me Lafrenière, si vous étiez là à l'époque, je pense que non, mais vos collègues y étaient, j'y étais, et vous savez les débats qui ont eu lieu pendant les années, qu'on calcule en dizaines, pour en arriver à cette conclusion-là. Donc, on ne résoudra pas ça ici, puis ce n'est pas l'objet du projet de loi, mais je comprends votre argumentaire qui est fondé et j'y adhère à bien des égards.

Maintenant, on va aller dans le vif du sujet, le coeur, pas le vif mais le coeur qui est vif comme une plaie ou qui pourrait devenir une plaie, qui est l'autonomie professionnelle, parce que toutes vos interventions, à l'exception d'interventions pertinentes et intéressantes, mais qui sont marginales au sens de l'ampleur de votre mémoire, qui est l'autonomie professionnelle, vous savez bien que ça, c'est le coeur de votre affaire aujourd'hui, à matin, là.

Alors, on va en parler, parce que, là, je comprends de votre propos que vous êtes un peu comme dans la série *Star Trek*, là, vous voulez aller là où aucun technologue n'est allé jusqu'à maintenant. L'autonomie professionnelle, de la manière que vous la décrivez, là, est une autonomie complète, complète, complète. Et ce n'est pas que je suis contre, c'est juste que la portée de l'autonomie, là, dans sa complétude que vous évoquez, elle est très, très, très autonome des autres professionnels. Et là vous allez devoir nous expliquer exactement jusqu'où vous voulez aller, là. Puis là ce n'est peut-être pas clair, ce que je viens de dire, mais je vais donc le clarifier en deux phrases bien simples, là. Ce que vous voulez, et vous devez nous expliquer jusqu'où vous voulez aller, un technologue autonome, dans la bouche du président de l'association des radiologues, dans le débat qui a lieu actuellement sur la place publique, qui est inapproprié en passant, je suis sûr que, dans sa bouche, ça n'a pas la même signification que dans la vôtre. Alors, allez-y.

• (9 h 40) •

**Mme Boué (Danielle) :** Ça va me faire...

**M. Barrette :** Et là, pas pour vous, mais pour le bénéfice de ceux qui ne sont pas familiers avec la chose, dans la bouche des médecins, autonome, ça veut simplement dire que vous avez une compétence suffisante pour toute seule produire un document qui va être passé au professionnel qui va conclure. Est-ce que vous avez la même lecture? Moi, j'ai l'impression que vous allez un pas plus loin.

**Mme Boué (Danielle) :** Ça va me faire plaisir de répondre à votre question, M. le ministre.

La définition qu'on a d'autonome n'est pas différente de celle que vous venez de dire et c'est celle qui est dans notre loi. Alors, les technologues sont autonomes dans la réalisation des examens, l'utilisation des énergies pour produire des examens ou des données à des fins diagnostiques. Ça, c'est dans notre loi et quand on émet un permis à un nouveau membre, il est autonome de réaliser les examens, la plupart des examens d'imagerie, de manière autonome. Il fait les examens et qui sont interprétés par un médecin spécialiste. Donc, ce n'est pas différent dans l'écho.

La seule différence c'est que, dans le secteur de l'échographie, et là, Dr Barrette, je ne vous apprendrai rien, au niveau de la formation initiale, on est en retard au Québec, donc on n'a pas la compétence que nos collègues, par exemple, au Canada, ont depuis 25 ans, parce qu'ailleurs, il se produit... ils forment, pardon, des véritables échographistes, donc des gens qui sont autonomes. Nous, la section d'échographie est à l'intérieur du programme général du D.E.C. de radiodiagnostic et c'est des enjeux sur lesquels on travaille. Ça fait en sorte qu'il n'y a pas suffisamment d'heures de formation et quand les technologues arrivent sur le marché du travail, ils ne sont pas autonomes en écho, c'est-à-dire qu'ils sont accompagnés pendant plusieurs années, en partenariat avec les radiologues, les cardiologues, les gynécologues, pour obtenir leur autonomie. Donc, ça prend cinq ans, des fois 10 ans — ça dépend à quelle fréquence ils travaillent en écho — pour devenir autonomes.

Le mot autonome est apparu... les technologues autonomes en écho, pour nous, c'est une nouvelle création qui date de 2011 environ, un projet qu'on a élaboré à la demande, d'ailleurs, du Dr Michel Bureau qui... dans ces années-là, il y avait, comme il y a encore, des listes d'attente dans le secteur de l'écho. Et constatant qu'on n'avait pas suffisamment de technologues pour faire le travail, on a eu un partenariat avec le ministre de la Santé, les radiologistes, les cardiologues, le Collège des médecins, les gynécologues, pour dire : Qu'est-ce que nos technologues d'expérience peuvent faire? Parce qu'on a des technologues qui ont 20 ans d'expérience, là, ils sont capables d'aller un petit peu plus loin puis de travailler en autonomie. Et on a mis en place le processus d'attestation de technologue autonome en échographie, et ça, ça s'est fait selon des protocoles. Il y a des critères qui ont été balisés, qui ont été testés, et ensuite, là, on a mis en place le processus.

Donc, quand je parle de technologues autonomes en écho, c'est d'eux autres que je parle. Je ne parle pas de tous les technologues. Donc, je parle d'un technologue qui non seulement a un permis, mais qui répond à une norme particulière

et qui sont contrôlés à chaque année sur un nombre d'examen à faire et sur une formation continue obligatoire dans ce secteur-là. Donc, il y a un encadrement particulier pour ces technologues-là.

Ce qu'on est en train de vous dire ce matin, c'est qu'il existe actuellement des technologues autonomes qui correspondent à ces critères-là et dont même certains sont allés se former ailleurs au Canada, donc des technologues autonomes qui, eux autres, sont propriétaires de cliniques d'écho actuellement. Donc, ils sont autonomes, mais là il faut faire attention, et c'est ça, la différence entre un futur échographiste. Quand on a un technologue autonome, il est autonome dans un secteur de l'échographie. Donc, par exemple, il obtient de l'ordre une attestation d'autonomie dans le secteur de l'écho obstétricale. O.K.? Donc, il ne fera pas des examens abdominaux autonomes, il ne fera pas de la cardio, de l'échocardio autonome. Donc, c'est vraiment par secteur d'activité parce qu'on comprend que la formation initiale n'est toujours pas présente. C'est une reconnaissance de compétences et pas de formation.

Donc, il existe actuellement des cliniques dont les technologues autonomes sont propriétaires et qui offrent actuellement des services à la population québécoise. En termes d'examen diagnostics, il y a des ententes qui ont été faites avec des médecins spécialistes pour que ces images-là soient interprétées dans les règles de l'art comme s'il était en établissement. On s'entend que, pour le patient, là, qui, lui, arrive avec son ordonnance dans cette clinique-là, il n'y a aucune différence par rapport à une autre clinique. L'examen est fait comme d'habitude, comme la loi nous l'indique, sous ordonnance. Le technologue fait l'examen, il est interprété par un médecin, et le patient reçoit son résultat. Ça se fait de la même façon.

Notre questionnement, c'est qu'à la lumière de... On est très heureux que l'écho soit couverte dans le p.l. n° 118, mais il y a ce volet-là qui fait en sorte que nous, ça va mettre... vous comprenez que ça va mettre la clé dans la porte de ces cliniques-là. Puis là je ne suis pas en train de vous dire qu'il y en a 50, là, O.K.? Donc, ça va mettre la clé dans la porte de ces cliniques-là qui, selon nous, offrent des services actuellement dans un secteur où on a grand besoin d'expertise là-dessus.

Je ne sais pas si ça répond à votre question, Dr Barrette.

**M. Barrette :** Oui, ça répond à ma question pour ce qui est de la portée potentielle, parce que vous comprendrez que le principe d'avoir une formation d'échographiste appropriée, là, dans le modèle que vous présentez, j'ai toujours été, moi, en faveur de ça. C'est juste que le mot «autonome», là, au fil du temps, dans le monde professionnel, a mené au diagnostic. Alors, ça a toujours mené au diagnostic et c'est correct, là, c'est le chemin qu'ont pris les infirmières pour arriver aux IPS. Et c'est très bien, les IPS, c'est une bonne affaire, les IPS. Il faut en avoir plus, des IPS, mais il n'en reste pas moins que c'est sur une base d'autonomie.

Alors, le terme que vous choisissez peut laisser penser qu'on s'en va vers l'autonomie diagnostique, auquel cas, bien, ça change la donne en termes de contrôle de la qualité et ainsi de suite. Alors, d'où ma question de vous demander de préciser votre pensée et vous allez ou non au diagnostic. Là, vous me répondez que non. C'est ce que je comprends, là, parce qu'à ce moment-là le qualificatif d'autonome, ça veut d'abord et avant tout d'avoir une formation appropriée qui n'est pas suffisamment complète aujourd'hui et ça fait en sorte que la relation avec le radiologue qui, historiquement, exigeait que le radiologue, pour employer quelque chose de simple, mette la main sur la sonde pour contrôler si l'image était adéquate, là, le radiologue ne met plus la main sur la sonde, et reçoit des images, et donc sauve du temps, augmente sa productivité diagnostique et donc sa rémunération. Mais ça, c'est un autre objet, mais c'est ça qui est l'objectif. Dans la bouche du président des radiologues, c'est pour facturer plus; dans votre bouche à vous, c'est la performance professionnelle, la satisfaction professionnelle, la reconnaissance professionnelle. Je vous comprends très bien, ce n'est pas une question d'argent chez vous, mais je comprends bien, mais vous n'allez pas au diagnostic.

Maintenant, quand vous dites ça, là, on retombe quand même au problème initial qui est celui de la garantie du contrôle de qualité. Quand on fait cette loi-là, pourquoi ça devrait... Puis j'apprends, là, que vous avez un certain nombre de cliniques qui, actuellement, sont la propriété de technologues. Donc, ce que vous me dites, c'est qu'actuellement il y a des technologues qui font des images, produisent des images qui sont envoyées en quelque part, électroniquement, évidemment, à un radiologue qui, lui, fait de l'interprétation. C'est ça que je comprends, là.

• (9 h 50) •

Et donc vous avez un environnement actuel qui, techniquement, est critiquable en termes de contrôle de la qualité. Ce n'est pas un jugement, là. Je ne porte pas de jugement, je dis juste simplement qu'au moment où vous nous dites que la formation, actuellement, n'est pas idéale, qu'il y a des gens qui ont beaucoup d'expérience puis qui sont bons, puis vous avez raison. Il n'en reste pas moins que, dans l'absolu de la chose, il y a une situation qu'on peut qualifier en partie, au moins, d'irrégulière, que vous voudriez régulariser en ayant le modèle que vous me dites.

Maintenant, quand on arrive aux permis, qu'est-ce qui justifie que le professionnel, dans le cas de l'échographie, soit exclu de ça, en quoi le médecin de famille soit exclu de ça? Remarquez que, du côté des médecins de famille, probablement que vous êtes meilleure pour le diagnostic que le médecin de famille qui n'a clairement pas la formation équivalente à vous pour interpréter les images qu'il voit, en ce qui me concerne. Mais en quoi ça justifie la formation appropriée d'exclure le professionnel qui, lui, a la compétence pour faire les diagnostics basés sur l'image? Parce que, s'il a la compétence pour faire le diagnostic, il a donc aussi la compétence pour apprécier si l'image est parfaite, pas parfaite, suffisante ou pas suffisante.

Là, je trouve que, là, il y a une marche que vous montez qui m'étonne un peu. Avec tout le reste, là... Je suis bien d'accord avec vous, tout ce que vous me dites. Puis je peux même vous dire une chose pour que ce soit bien clair, vous prendriez le chemin de l'IPS pour en arriver à, par exemple, avoir l'autonomie pour statuer qu'il n'y a pas de lésion, je serais d'accord avec ça. Vous voyez? Mais là c'est un échange entre nous, là. Je vous fais plaisir, hein? Imaginez, vous n'êtes pas venus pour rien.

Alors, ça, en termes d'accès, ça serait bon, mais d'évacuer la présence du professionnel qui a, techniquement, la plus grande compétence, qui est le médecin, peu importe sa qualification, ça, vous m'étonnez un peu.

**Mme Boué (Danielle) :** Écoutez, vous avez soulevé plusieurs aspects, là, dans votre propos. D'abord, je veux vous rassurer, le mot «autonome», je suis d'accord avec vous, il a été choisi en 2011, ce n'était peut-être pas le meilleur. Pour nous, c'était la distinction entre le technologue qui arrive avec un permis...

**M. Barrette :** ...oui, tout à fait, ça, je suis d'accord avec vous.

**Mme Boué (Danielle) :** C'est ça, exactement. Je peux vous dire qu'on a 425 technologues, actuellement, qui ont une attestation d'autonomie sur nos mille quelque. Bon, on ne fera pas un débat de mots là-dessus.

Sur l'aspect du hors norme ou de l'aspect qui vous inquiète, moi, je peux vous dire que les cliniques, actuellement, qui sont détenues par des technologues autonomes d'un secteur — en écho toujours, dans l'autonomie d'examen, et non dans le diagnostic, je vous rassure là-dessus, nous, on n'est pas là — ont subi des inspections, ont eu des inspections professionnelles qui ont... Je peux vous dire, là, on a évalué la situation parce que, nous aussi, on avait des craintes.

**M. Barrette :** Il ne nous reste pas beaucoup de temps, hein?

**Mme Boué (Danielle) :** Je vous rappelle qu'on a un ordre professionnel et on a...

**M. Barrette :** Mme Boué, on va revenir, je veux juste que vous touchiez... C'est le même raisonnement, mais il me semble que c'est encore plus délicat dans les laboratoires de sommeil. Là aussi, vous voulez avoir une autonomie... Bien, c'est un peu ça que vous nous dites dans votre mémoire, là, vous voulez là aussi être autonome. Ce n'est pas le terme utilisé, mais vous voulez là aussi être propriétaire. J'ai un malaise, moi, là, avec ça, à ce que, dans votre mémoire, vous évacuez le professionnel qui, lui, a la compétence ultime.

**Mme Boué (Danielle) :** Je vais essayer de vous répondre rapidement là-dessus. Nous, ce qu'on soulève ce matin, c'est l'interdiction maintenant qui est dans p.l. n° 118 pour les technologues, que ce soit les TEPM, ou des technologues en imagerie, d'avoir des activités, d'être propriétaires. Ça ne veut pas dire qu'on ne sera jamais à l'intérieur, qu'il n'y aurait pas, par exemple, un directeur médical. On ne s'est pas rendus là. Actuellement, on est exclus dans le projet de loi.

Ce qu'on voulait ce matin, ce qu'on vous dit ce matin, c'est qu'on souhaiterait en discuter avec vous. On s'entendra sur une modalité qui convient à tout le monde, notre objectif étant la sécurité du patient. Et nous, toute mesure qui pourrait faire en sorte qu'on va offrir un plus grand accès aux patients, pour nous, c'est aussi de la protection du public. Donc, oui, Alain?

**M. Crompt (Alain) :** Si vous me permettez...

**Le Président (M. Merlini) :** Rapidement, allez-y.

**M. Crompt (Alain) :** Oui, rapidement. Juste vous rassurer, on n'a pas exclu les médecins radiologistes ou les autres professionnels. Ce qu'on dit, c'est de donner la possibilité aux technologues d'être propriétaires de clinique avec, également, des radiologistes. Pourquoi pas? Pourquoi exclure cette possibilité-là dans le renouveau de cette loi-là?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup pour cet échange. Ça met terme au temps du ministre. Maintenant, l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, vous avez un temps de 9 min 36 s pour votre échange.

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Alors, Mme Boué, M. Crompt et Me Lafrenière, bienvenue.

Écoutez, moi, ce que je comprends, c'est qu'il faut bien distinguer deux choses. Il y a la production des tests et il y a l'interprétation des tests. Depuis le début, je vous entends dire : On n'a pas l'intention de s'engager dans l'interprétation des tests, on maintient le statu quo. Mais, dans la production de tests, le projet de loi n° 118 fait un recul et fait en sorte que des situations où vous étiez propriétaires actuellement vous interdiraient dorénavant d'être propriétaires, donc des fermetures de cliniques ou — on va dire les vraies choses — un transfert d'une propriété d'un technologue à un radiologue qui, lui, devient le seul éligible maintenant, à peu près. Alors, c'est ça, l'enjeu. Il est là, l'enjeu.

Alors, la question qu'on doit se poser, c'est : Qu'est-ce qui est essentiel pour la protection du public? Et je pense qu'on a entendu clairement le fait que votre formation vous rend très conscients, très connaissant, très compétents des risques, des enjeux et peut-être même plus que d'autres professionnels à qui on permet ce genre de clinique là, donc des risques de l'utilisation de l'imagerie médicale et de ce qui l'entoure.

Alors, moi, je pense que ce que vous demandez, c'est tout simplement un statu quo où vous ne demandez pas un élargissement de votre champ de compétence pour aller du côté de l'interprétation, mais vous dites : Nous, au niveau des tests, au niveau de la production des tests, d'avoir une clinique médicale, on est capables de donner des garanties au ministre à l'effet qu'on va respecter tous les standards, toutes les normes, tous les processus de certification, tous les processus de vérification qui sont nécessaires pour assurer la protection du public. Est-ce que ma lecture est exacte?

**Mme Boué (Danielle) :** Votre lecture est parfaite. Donc, on reste dans l'autonomie de réalisation de l'examen. On n'est pas allés dans le dossier, comme me questionnait M. le ministre, sur l'interprétation. On n'est pas là puis on n'a

pas la formation initiale, actuellement, pour faire ça. On n'est pas là. Est-ce que les gens y seront dans 20 ans? Peut-être, on verra, mais, actuellement, on n'est pas dans cet aspect.

**Mme Lamarre :** Parce qu'on a aussi — et je l'ai dit dès le début — l'importance de la sécurité, mais l'importance de l'accessibilité. Il y a combien de cliniques, actuellement, qui sont opérées par des technologues?

**Mme Boué (Danielle) :** On en avait trois, on en a deux actuellement.

**Mme Lamarre :** Vous en avez deux au Québec?

**Mme Boué (Danielle) :** On n'est pas dans les volumes, là...

**Mme Lamarre :** O.K. Et donc ces cliniques permettraient d'améliorer ou permettent déjà d'améliorer l'accès?

**Mme Boué (Danielle) :** En fait, jusqu'à la couverture des frais, là — ça, c'est un autre dossier, dans lequel je ne veux pas embarquer ce matin, là — mais oui, ils offraient des services à la population, dans le secteur de l'échographie, avec des technologues autonomes, dans chacun de leurs secteurs d'activité, dûment attestés et dûment évalués par l'inspection professionnelle.

**M. Crompt (Alain) :** Juste pour compléter, on offre des services, pas seulement aux radiologues, mais on offre des services également aux cardiologues, aux gynécologues. Donc, il y a une vaste assiette, si on veut, de services qui est couverte par les technologues autonomes dans ces cliniques-là, actuellement.

**Mme Lamarre :** Bien, en fait, vous offrez des services à une multitude de patients qui ont des besoins dans différents secteurs, et ça, je pense qu'on n'a plus les moyens au Québec de se priver de sources d'accès appropriées dans la mesure où elles sont sécuritaires pour les patients. Il faut arrêter de diminuer l'accès et plutôt aller vers une reconnaissance, des balises claires, et je vois que vous ne vous opposez pas, d'aucune façon, à ces balises claires et que votre champ de compétence vous permet d'exercer.

Donc, si on vous abolissait ce privilège-là, ce droit-là, dans le fond, on resserre encore, on refavorise un monopole au détriment d'une amélioration et d'un élargissement au niveau de l'accès?

**Mme Boué (Danielle) :** Bien, nous, on ne le voit pas comme un resserrement. En fait, c'est la décision, puis on est favorables à cette décision-là, d'inclure l'échographie dans la définition, là, de la loi sur les laboratoires. L'écho n'était pas là avant. Donc, évidemment, les technologues ont pu, sans avoir à passer par le processus de permis, ouvrir ces cliniques-là. Donc là, le fait que l'écho soit couverte et incluse à l'intérieur des définitions de l'imagerie médicale de la loi, je pense que nous, dans un objectif de protection du public, c'est parfait et on ne s'oppose pas à ça. Il y a un dommage collatéral qui est l'impact sur cet aspect-là.

Mais nous, on continue d'être convaincus que les technologues en imagerie médicale qui sont du secteur de l'échographie, ils font partie de la résolution du problème des listes d'attente en échographie, parce que, même si tous les médecins peuvent faire l'échographie, que ce soient les radiologues, les gynécos, les cardiologues, on comprend que c'est un geste technique pour lequel, normalement, là, on a la compétence et la reconnaissance légale. Donc, on est là pour aider le patient dans cet aspect-là.

**Mme Lamarre :** Dans le fond, ce que vous dites, c'est : On est mieux de garder le temps médical pour l'interprétation, et non pas pour la réalisation du test.

• (10 heures) •

**Mme Boué (Danielle) :** ...notre vision, évidemment, puis je pense qu'on veut tous améliorer notre réseau, donc c'est un objectif qui est partagé, j'imagine, par tous.

**Mme Lafrenière (Marie-Chantal) :** Si je peux apporter une précision, le projet de loi permet d'encadrer qui peut détenir un permis de laboratoire en imagerie médicale. L'article 3, paragraphe 6°, vient déterminer, vient définir ce qu'est l'imagerie médicale, et en aucun cas on ne vient parler d'interprétation ou de diagnostic. Donc, tout ce qui est couvert à l'intérieur de la définition d'«imagerie médicale», nos technologues peuvent faire ces activités-là.

**Mme Lamarre :** Donc, il s'agirait d'ajouter en 6° les technologues. Quelle serait votre recommandation au niveau d'un amendement?

**Mme Lafrenière (Marie-Chantal) :** Oui. Et, en fait, le malaise ou la gêne de dire : Bien, nos technologues ne peuvent pas interpréter ou diagnostiquer ne se retrouve pas, de toute façon, dans la définition d'«imagerie médicale» pour détenir un permis de laboratoire.

**Mme Lamarre :** C'est au niveau des permis, dans le fond, ce que vous voulez, qu'on ajoute le mot «technologues».

**Mme Lafrenière (Marie-Chantal) :** Oui.

**Mme Lamarre :** D'accord. Il me reste combien... Deux minutes? Au niveau de l'échographie, je constate que vous avez quand même aussi de grandes connaissances et compétences. Le niveau de risque... Parce que, quand on réserve l'accès, par exemple, à l'imagerie médicale, il y a des enjeux de risque. L'échographie, vous la qualifiez comment au niveau du risque?

**Mme Boué (Danielle) :** L'échographie, c'est moins l'énergie qui est à risque pour le patient, puis c'est plutôt ce qu'on en fait avec ou ce qu'on pense voir. Parce que faire de l'échographie, en tout cas, je pense que par rapport à ce qui a été dit hier, ce n'est pas juste mettre une sonde sur une paroi d'abdomen d'un patient. C'est beaucoup plus complexe que ça. C'est ce qu'on dirait une technique qui est opérateur dépendant. Donc, s'il y a une lésion qui n'est pas vue, si on ne scanne pas, par exemple, si on n'est pas habile au niveau technique pour aller chercher chacun des petits recoins du foie, bien, la lésion que nous, on doit mettre en image, elle est peut-être dans le petit coin qu'on n'a pas vu. Et c'est tout cet aspect-là que nous, on défend. Faire une échographie à des fins diagnostiques, ça demande une compétence, ça demande des connaissances qui sont importantes. Donc, le risque, il est là. C'est ce qu'on pense voir ou ce qu'on pense ne pas voir puis qu'on n'a pas vu. Donc, le risque pour le patient est là, donc, d'avoir un faux diagnostic là-dessus.

**Mme Lamarre :** ...combien d'heures, dans votre formation, vous avez à l'échographie?

**Mme Boué (Danielle) :** Actuellement, je suis presque gênée de vous le dire, là, dans le D.E.C. actuel, qui date des années 1990, il y a à peu près 150 heures. Donc, vous comprenez pourquoi, quand on leur donne un permis, on leur dit : Non, tu ne seras pas autonome en échographie, ça va te prendre beaucoup d'expérience. Et c'est tout le dossier qu'on a de rehaussement de la formation initiale pour former des échographistes, au Québec, qui seraient, là, au jour 1 de leur obtention de permis, autonomes pour faire les examens d'échographie, je tiens bien à le préciser, au complet dans tous les secteurs de l'échographie.

**Mme Lamarre :** Et donc, quand les technologues obtiennent leur statut d'autonome en échographie, vous dites, tantôt, là, c'était basé sur l'expérience, 10 ans, 15 ans, mais est-ce qu'ils ont un certain nombre d'heures de formation théorique supplémentaires à...

**Mme Boué (Danielle) :** Il n'en existe pas, malheureusement, au Québec.

**Mme Lamarre :** Donc, c'est seulement basé sur l'expérience.

**Mme Boué (Danielle) :** Ce que je peux vous dire, par exemple, c'est que les technologues qui ont des cliniques, elles, ce qu'elles ont fait, c'est qu'elles sont allées se former à l'extérieur du Québec. Elles sont allées faire des cours à l'extérieur et elles ont une reconnaissance canadienne. Donc, elles sont royalement plus formées que nos nouveaux gradués qu'on accueille, à qui on donne un permis, là.

**Mme Lamarre :** Est-ce que vous seriez...

**Le Président (M. Merlini) :** Juste compléter...

**Mme Lamarre :** ...ouverte à avoir, par exemple, une obligation dans la loi d'une reconnaissance, ou d'une compétence, ou d'une exposition à un certain nombre... ou d'une année d'expérience, ou certains types de spécifications pour permettre de maintenir le permis ou pour permettre d'avoir accès à ce permis?

**M. Crompt (Alain) :** Bien, justement, quand on a préparé tout le volet de l'autonomie du technologue, les rencontres avec les associations de médecins spécialistes, donc les cardiologues, les gynécologues et les radiologues avec le Collège des médecins, on a déterminé, exemple, le nombre de cas faits par les technologues avant de devenir autonomes, le nombre d'années d'expérience et le nombre de cas qu'ils devaient faire annuellement pour maintenir cette compétence-là. Et ces accords-là ont été signés par tous les partenaires, donc les associations médicales, le Collège des médecins et nous. On était tous d'accord avec les paramètres fixés pour s'assurer du contrôle de qualité de ces technologues-là.

**Mme Lamarre :** Alors, cette démarche-là a déjà été validée.

**M. Crompt (Alain) :** Ça a déjà été fait...

**Mme Boué (Danielle) :** Et j'ajouterais qu'on est en travaux actuellement avec les gens à la Santé et à l'Enseignement supérieur pour l'évaluation d'une nouvelle fonction de travail au Québec qui serait des échographistes, là, et ça, c'est un dossier qui a suivi tout le processus d'attestation qu'on a mis en place. Donc, je pense que c'est...

**Mme Lamarre :** Dernière question. Depuis que vous avez ce...

**Le Président (M. Merlini) :** Allez-y très, très, très rapidement.

**Mme Lamarre :** Oui. Depuis que vous avez ce nouveau statut, là, de 2011, vous considérez que ce que vous faites, ça permet aux radiologues de faire combien de plus de tests, rapidement, l'interprétation des tests?

**Mme Boué (Danielle) :** Écoutez, ça, je n'ai pas cette donnée-là. Moi, ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a eu actuellement, dans le réseau, beaucoup d'ouvertures de postes de technologues autonomes avec des appareils, des fois décentralisés aussi, donc à l'extérieur, hors établissement, de manière à donner un accès. Et je pense que les technologues autonomes, les technologues en imagerie qui ont accepté de faire ce travail-là, donc prendre cette responsabilité-là, bien, je pense qu'il faut les remercier parce qu'ils ont été une valeur ajoutée dans l'offre de services actuellement.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup pour ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, vers le deuxième groupe d'opposition, le député des Chutes-de-la-Chaudière. Vous disposez de 6 min 48 s, M. le député.

**M. Picard :** Merci, M. le Président. Merci, mesdames et monsieur. Je vais poursuivre. Vous dites qu'il y a eu des permis de donnés pour des technologues autonomes dans le réseau? Vous venez de dire...

**Mme Boué (Danielle) :** Non, non. Il y a eu des déploiements de nouveaux appareils d'échographie et il y a eu des postes d'ouverts technologues autonomes pour vraiment travailler à la réalisation d'examen à des fins diagnostiques.

**M. Picard :** O.K. C'est bon. Puis vous dites que, dans les autres provinces, il y a de la formation, il y a une formation qui permet. Vous avez dit tout à l'heure à la députée de Taillon que vous travaillez à modifier le cursus pour pouvoir un jour, vraiment, avoir des gens, en sortant de l'école, qui aient peut-être la dénomination d'autonomes pour offrir des meilleurs services à la population, meilleure efficacité du réseau. Vous voyez ça sur quel horizon?

**Mme Boué (Danielle) :** Idéalement, c'était pour hier.

**M. Picard :** Oui, mais dans la vraie vie?

**Mme Boué (Danielle) :** Dans la vraie vie, bien, écoutez, le ministère de la Santé a fait un excellent travail là-dessus avec la collaboration du ministère de l'Enseignement supérieur. Il y a des analyses de la profession qui se tiendront dès février prochain. Nous, on souhaite avoir une réponse d'ici la fin du printemps. Bien sûr, après, là, c'est dans la machine éducative. Donc, former des gens, ça prend quand même des... on parle de milliers d'heures de formation, là. Donc, il y aura des choses à attacher. Mais vous savez, nous, ça fait depuis 2009 qu'on travaille sur ce dossier-là, sur le rehaussement de la formation, et évidemment, avec la formation d'échographistes va disparaître le terme «autonome», là. Donc, au moins, on va régler cet aspect-là, on aura des échographistes qui seront des personnes dûment formées et compétentes pour réaliser des examens d'échographie à des fins diagnostiques.

**M. Crompton (Alain) :** Si je peux ajouter un complément. Au niveau canadien, si on compare dans les autres provinces, les programmes de formation pour faire un échographiste, on parle de plus de 2 000 heures de formation, alors qu'au Québec, on a mentionné tantôt, on a 150 heures, actuellement, dans le programme de base. Donc, d'où la nécessité d'avoir un D.E.C. en échographie pour former des échographistes comme partout ailleurs au Canada et pas mal partout ailleurs dans le monde également.

**M. Picard :** O.K. Actuellement, il y a beaucoup de technologues québécois qui vont se former à l'extérieur?

**Mme Boué (Danielle) :** Je n'ai pas cette donnée-là.

**M. Picard :** Vous n'avez pas cette donnée-là.

**Mme Boué (Danielle) :** Je suis désolée, là, c'est des choses plus particulières. Évidemment, on a un peu plus d'informations sur nos technologues qui sont propriétaires de cliniques, parce que c'est des dossiers qu'on a suivis dans un objectif de protection du public, donc c'est des gens qu'on connaît. C'est des gens qui sont considérés comme nos expertes dans le secteur de l'échographie, toujours dans la réalisation de l'examen. Donc, on connaît leurs profils et leurs formations. Mais, oui, on en a eu parce qu'au Québec il y a des technologues qui souhaitaient avoir une formation plus qualifiante en écho parce que c'est un dossier qui les intéresse, puis elles veulent performer en écho, puis elles ont eu à coeur, puis elles sont allées se former à l'extérieur.

**M. Picard :** Merci. Est-ce qu'à votre connaissance il y a déjà eu des plaintes de patients parce que l'examen avait été fait par un technologue au lieu d'un radiologiste?

**Mme Boué (Danielle) :** Aucunement.

**M. Picard :** Aucunement. Dernière question. Tout à l'heure, vous avez dit — puis je voudrais que vous m'informiez là-dessus — l'échographie de divertissement. C'est quoi, ça?  
• (10 h 10) •

**Mme Boué (Danielle) :** L'échographie de divertissement, écoutez, c'est dans un secteur très précis. C'est un dossier où il se fait une échographie sans ordonnance, normalement, à des fins de divertissement, où les gens vont mettre en images le fœtus pour que vous l'ayez en photo sur votre tasse, votre calendrier, votre porte-clés, votre tee-shirt, votre pyjama ou tout autre... C'est une activité exclusivement mercantile qui n'est pas faite dans un objectif de diagnostic, évidemment, que toutes les parties prenantes du dossier de l'imagerie médicale dénoncent. C'est quelque chose qui échappe à notre contrôle parce que ce n'est évidemment pas des membres de l'ordre qui réalisent ça, vous comprenez qu'ils le font sans ordonnance. Ces cabinets d'affaires là vont chercher des personnes qui font de l'écho mais que ce n'est pas à des fins diagnostiques.

Donc, nous, c'est quelque chose qu'on dénonce, en commun avec le Collège des médecins, parce que ça envoie, entre autres chez les femmes, des messages qui peuvent être mal interprétés. Les patientes peuvent aller dans ces secteurs-là en croyant qu'en payant 300 \$, 400 \$, 500 \$ et en ayant tout ça sur CD elles ont eu un examen diagnostique, alors ce qui n'est pas le cas du tout. Donc, nous, dans un objectif de protection du public, on lève un drapeau, en disant : Attention, là, il faut que ce soit clair sur cet aspect-là.

**M. Picard :** Si je comprends bien, c'est un acte illégal?

**Mme Boué (Danielle) :** Bien, ce n'est pas illégal parce qu'il n'y a pas d'ordonnance, mais...

**M. Picard :** Non, mais, pour avoir un écho, ça prend une ordonnance?

**Mme Boué (Danielle) :** Je reviens sur l'aspect que, jusqu'à p.l. n° 118, l'échographie n'était pas couverte par... les gens n'avaient pas besoin d'avoir un permis pour faire l'acquisition d'un appareil d'échographie. Ce qu'on vient dire aujourd'hui, c'est en complément : Si toutes les personnes qui font de l'échographie ou veulent faire de l'échographie doivent avoir un permis, bien, c'est sûr que ces domaines-là vont probablement devoir disparaître.

**M. Picard :** Merci. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Mme Boué, Me Lafrenière, M. Crompt, représentant l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec, merci de votre contribution aux travaux.

Je suspends les travaux quelques instants, et j'invite l'Association des cliniques médicales du Québec à prendre place. Les travaux sont suspendus.

*(Suspension de la séance à 10 h 12)*

*(Reprise à 10 h 19)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Nous reprenons nos travaux. Et j'ai le plaisir d'accueillir Mme Isabelle Girard, de l'Association des cliniques médicales du Québec. Bienvenue à la commission. Vous disposez de 10 minutes pour faire votre exposé, et ensuite suivra la période d'échange avec les membres de la commission. À vous la parole. Et bienvenue.

#### **Association des cliniques médicales du Québec (ACMQ)**

**Mme Girard (Isabelle) :** Merci beaucoup. Premièrement, je tiens à m'excuser au nom de notre président, le Dr François Loubert, qui n'a pu se joindre à moi ce matin, étant légèrement occupé sur le terrain par le dossier des frais accessoires en ce 26 janvier.

Donc, permettez-moi premièrement de vous présenter l'association. Donc, l'Association des cliniques médicales du Québec est née en 2013, et elle a pour objectif de contribuer à l'amélioration des services de santé en première ligne. Elle regroupe les cliniques médicales qui sont affiliées à la RAMQ et représente, évidemment, des cliniques de type GMF, cliniques réseau, communément maintenant appelées les supercliniques, les cabinets médicaux et également les cliniques de spécialistes.

• (10 h 20) •

Donc, l'ACMQ est très heureuse de participer aux discussions sur le projet de loi n° 118 puisqu'elle a à cœur, évidemment, la sécurité des patients et l'assurance qualité qui est offerte au sein de notre système de santé.

Donc, mentionnons d'emblée que nous sommes très favorables au projet de loi n° 118, qui vise à encadrer la qualité de la pratique et des procédures de l'offre de service au sein des fournisseurs à l'extérieur des établissements de santé au Québec. Vous comprendrez que, pour les propriétaires et gestionnaires de cliniques médicales, il est important, à défaut de dire essentiel, de s'assurer que leurs partenaires au sein de la communauté et de leurs territoires offrent des services qui répondent à des standards de qualité et de pratique, comme il se fait également dans le système au niveau des établissements de santé.

Ces partenaires sont des fournisseurs de services souvent à vocation privée et se spécialisent habituellement dans un domaine spécifique de la santé. En effet, les cliniques de radiologie, les laboratoires biomédicaux, les centres de services

d'orthopédie et de physiologie respiratoire font partie de ces fournisseurs et partenaires. Toutefois, il en existe également de nombreux autres, tels que les centres de réadaptation et de physiothérapie, les pharmacies, les cliniques d'audiologie, les cliniques de podiatrie et bien davantage. Nous savons que le projet de loi n° 118 ne vise qu'à encadrer au niveau de la radiologie et des laboratoires, de la physiologie respiratoire et de l'orthopédie, mais nous espérons que cette assurance qualité pourra être transposée à l'ensemble des fournisseurs de services de santé au sein de la communauté. Il est normal pour nous et, je crois, pour tout le monde que les services de santé répondent à des standards de qualité qui assurent la sécurité des patients et des usagers.

Actuellement, les cliniques n'ont que très peu accès à l'information sur les standards de qualité au sein de ces entreprises et de ces fournisseurs et doivent malheureusement se fier tout simplement à la bonne foi de ces fournisseurs. Malheureusement, nous savons également qu'à chaque année plusieurs fournisseurs ou professionnels sont sanctionnés via leur code de déontologie ou tout simplement pour avoir offert des services qui ne correspondaient pas à des standards de qualité minimaux. Nous espérons donc que le projet de loi pourra empêcher certaines de ces situations et éviter que des patients reçoivent des services ou aient accès à des traitements de mauvaise qualité.

Il est important de comprendre que les cliniques médicales ont beaucoup plus de relations avec les fournisseurs qui sont à l'extérieur des hôpitaux. En effet, le personnel au sein des établissements de santé comme les hôpitaux, les CLSC ou les UMF ont habituellement tendance à utiliser beaucoup plus les services qui sont à l'intérieur des établissements, comparativement au personnel et aux professionnels qui vont travailler au sein des cliniques médicales. Ces organisations parviennent plus facilement à développer des relations avec ces partenaires privés qui ont souvent une meilleure accessibilité à des plages de rendez-vous, et c'est beaucoup plus facile pour les professionnels au sein des cliniques de travailler avec eux que de développer justement des corridors d'accès ou de prise de rendez-vous avec les établissements de la santé. Les cliniques sont donc plus enclines à développer des corridors d'accès avec les partenaires privés, et, voulant éviter tout dirigisme de la part du personnel, c'est important aussi pour les entreprises, les cliniques médicales, de pouvoir s'assurer que les fournisseurs, à l'intérieur de leurs territoires et de leurs communautés, vont être tous aux mêmes standards de qualité. Voilà pourquoi il est important de s'assurer que l'ensemble des fournisseurs aient vraiment tous les mêmes standards.

De plus, il faut comprendre que de nombreux fournisseurs ont fait leur apparition sur le marché dans les dernières années. Il y a vraiment une prolifération de petits fournisseurs des services de santé. On l'a vu quand même beaucoup, je vous dirais, dans les dernières années, au niveau de la physiologie respiratoire, donc, ce qui rend l'enjeu de l'encadrement et de l'assurance qualité d'autant plus important aujourd'hui.

Permettez-moi également d'aborder l'aspect de l'indépendance professionnelle, qui est en lien également, selon nous, avec ce projet de loi. Nous savons que plusieurs fournisseurs de produits et de services à l'extérieur des établissements sollicitent régulièrement les cliniques et les professionnels au sein de ces cliniques afin de leur permettre de pouvoir développer davantage leurs marchés et, évidemment, leurs chiffres d'affaires, ce qui est normal pour une entreprise privée. Toutefois, bien que cela soit légitime et normal, comme je disais, pour une entreprise, certaines d'entre elles le font de façon plus ou moins éthique, et certains offriront des avantages financiers aux cliniques ou à certains professionnels pour l'utilisation de leurs services ou produits, tandis que d'autres offriront d'autres types d'avantages. Nous sommes donc d'avis que le projet de loi n° 118 permettra d'encadrer davantage ce type de comportement et d'assurer une meilleure indépendance professionnelle sur l'ensemble du territoire, sur l'ensemble du réseau.

Ensuite, n'oublions pas l'arrivée également des nouveaux tests sur le marché, comme les tests en lien avec la génétique ou les nouveaux types d'orthèses. Ces nouveaux produits et services se doivent d'être encadrés pour assurer la sécurité des patients, surtout que de plus en plus de fournisseurs des services de santé sont la propriété de gens d'affaires qui n'ont pas nécessairement la même connaissance ou compétence du réseau de la santé et le même intérêt via les standards de qualité.

Donc, l'uniformisation des pratiques et des standards au sein des systèmes de santé public et privé, via la délivrance de permis et des processus d'agrément, ne peut être que positive et contribuer à l'amélioration de l'offre de service à la population québécoise. Nous croyons que ces mises à niveau doivent se faire dans les meilleurs délais et c'est pourquoi nous jugeons que le délai pour l'obtention de l'agrément, prévu à trois ans dans le projet de loi, devrait être planifié dans un échéancier d'environ deux ans. Il n'est jamais trop tôt pour assurer la qualité de nos services de santé.

La mise en place et l'obligation d'obtenir un agrément n'est toutefois pas sans coût pour ces entreprises. Nous aimerions donc sensibiliser le ministère quant aux risques inhérents à ces obligations pour ces fournisseurs. Nous sommes effectivement un peu craintifs quant à l'impact sur les prix et la possibilité pour ces entreprises d'en faire assumer les coûts à leurs clientèles. Nous espérons que cela ne se produira pas mais sommes tout de même inquiets à ce sujet. Même si certains des services liés à ce projet de loi sont des services assurés, qui font maintenant l'objet d'une abolition des frais associés à ces services — les frais accessoires — demeurent des services non assurés pour lesquels le patient doit payer certains frais. C'est pour ce type de services que nous sommes le plus inquiets.

Tel que mentionné, nous sommes des plus favorables à ce projet de loi, mais, pour que celui-ci ait toute la portée souhaitée, il sera important que le gouvernement mette en place un système de diffusion de l'information transparent et facilement accessible aux professionnels, aux cliniques et à l'ensemble de la population également pour qu'ils puissent s'y référer. On tient également à ce que l'information sur les restrictions ou les sanctions qui pourraient être données à certains fournisseurs soit également transmise dans les meilleurs délais à l'ensemble des professionnels pour que ceux-ci puissent s'assurer de bien faire les références auprès de leurs clientèles.

Le projet de loi n° 118, en terminant, nous semble également favorable à la mise en place de mécanismes et de procédures qui permettront de faire une certaine distinction entre le diagnostic et le traitement, assurant ainsi l'indépendance professionnelle. À l'heure actuelle, plusieurs des entreprises visées par ce projet de loi pourraient

abuser de leur pouvoir au niveau du diagnostic afin de permettre la vente de produits ou de services. À titre d'exemple, l'orthésiste, qui a la possibilité de faire une évaluation biomécanique, pourrait être tenté de recommander l'achat d'orthèses plantaires s'il en est le fabricant ou tout simplement parce qu'il génère des profits grâce à cette vente. Le projet de loi n° 118 assurera une certaine distinction plus importante entre les deux.

N'oublions pas que le p.l. fait également en sorte que des directeurs médicaux et/ou des personnes responsables doivent être nommés, rendant ainsi l'entreprise et son représentant imputables de la qualité des services qu'il offre à sa clientèle.

En conclusion, l'Association des cliniques médicales du Québec voit positivement l'adoption de ce projet de loi. Malgré tout, il serait souhaitable que le ministère de la Santé et des Services sociaux diminue le délai d'obtention de l'agrément à deux ans, s'assure que les changements ne soient pas à l'origine d'une augmentation de prix pour les patients, s'assure également d'augmenter l'étendue de l'assurance qualité à l'ensemble des fournisseurs de services et de produits en santé et prévoie également un mécanisme de diffusion de l'information transparent et facilement accessible aux intervenants de la santé et à la population. Je vous remercie de votre attention.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme Girard, pour votre exposé. Nous allons débiter les échanges avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 16 minutes. À vous la parole.

**M. Barrette :** Alors, Mme Girard, bienvenue. Comme toujours, c'est toujours intéressant de vous entendre, surtout dans votre position. Je pense que vous l'avez dit en introduction, là, vous avez une longue expérience en santé, vous êtes une professionnelle de la santé vous-même, et vous avez une expérience de gestion qui est longue et vaste parce que vous êtes dans une organisation qui ne traite pas simplement de cliniques de médecins, mais aussi d'autres secteurs de la santé, là. C'est important de le mentionner parce que ça ajoute beaucoup de poids à vos commentaires.

Et je vais vous avouer que, très sincèrement, vous m'inquiétez, en ce sens que j'ai senti beaucoup de réserve et de retenue dans vos propos, qui sous-entendaient qu'il y avait beaucoup d'influence dans le milieu des cliniques.

• (10 h 30) •

**Mme Girard (Isabelle) :** C'est un fait. Effectivement, c'est un marché, c'est un marché privé qui... Vous le savez, depuis déjà de nombreuses années, il y a eu plusieurs lois et plusieurs réglementations qui ont été mises en place. On n'a qu'à penser au dossier des pharmaceutiques et des relations entre les cliniques et les pharmacies, qui a été adressé déjà depuis quelques années. Par contre, à travers les autres fournisseurs que je vous ai nommés, effectivement, il y a encore des demandes parfois de passe-droit où, effectivement, il y a des comportements que nous considérons non éthiques et qui peuvent nuire à l'indépendance professionnelle. C'est la réalité.

**M. Barrette :** Ce n'est pas un reproche...

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait.

**M. Barrette :** Non, non, ce que j'allais dire, ce que je vais dire n'est pas un reproche. Vous n'avez pas nommé de fournisseur. Vous avez dit qu'il y avait des fournisseurs, et je comprends votre réserve ici de ne pas nommer les situations de façon spécifique, là. Je comprends très bien votre réserve, mais il n'en reste pas moins que vous soulevez un grand nombre de réalités. J'allais dire de possibilités, mais, de la manière que vous en parlez, c'est de réalités. Et non seulement ce sont des réalités, avec ce que vous dites, vous faites même des liens avec les frais accessoires. Là, vous avez fait un lien avec les frais accessoires, et là on tombe dans le monde du public pur, là, c'est couvert par la RAMQ. Alors, je pense que ça montre encore plus l'ampleur du problème qu'il y avait à résoudre. Mais là où ça m'inquiète et ça m'étonne... ça ne m'étonne pas, mais ça m'inquiète, vous êtes heureuse du projet de loi parce qu'il devrait permettre de mettre un frein à tout ça sans nécessairement abolir... Parce que vous nous mettez en garde...

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait. Dans le fond, ce qu'on dit, c'est : Effectivement, le projet de loi... Je ne crois pas que le projet de loi puisse complètement éliminer ce type de comportement. Par contre, il est la base en assurant certains standards de qualité, en octroyant justement des permis sur la façon de délivrer les services. Donc, on va quand même s'assurer aussi que tout le monde travaille de la même façon, que le patient va être servi selon les mêmes standards de qualité. Donc, ça devrait prévenir certains comportements, des fois, qui étaient inadéquats. Par contre, je ne vois pas, à l'intérieur du projet de loi n° 118, d'éléments qui peuvent vraiment assurer cette indépendance professionnelle.

**M. Barrette :** Alors, c'est exactement là où je voulais aller. Vous avez bien lu ma pensée, là. Évidemment, le projet de loi, comme je l'ai dit depuis le début de nos consultations, c'est un projet de loi de protection du public en termes de qualité. Ce matin, vous vous adressez à un autre élément qui peut avoir, mais n'a pas nécessairement, un impact sur la qualité et vous évoquez le fait que le projet de loi n'est peut-être pas suffisamment mordant pour avoir l'effet ultime que vous semblez escompter. Alors, avez-vous des suggestions précises? De la manière que vous le dites, là — puis vous venez de le dire il y a quelques instants — bien, peut-être qu'il manque un certain nombre de choses. Oui, l'agrément pour la qualité, oui, l'environnement que ça créé, l'état d'esprit que ça créé par le permis, l'agrément, contrôle de la qualité et ainsi de suite, mais vous semblez nous dire que ce n'est peut-être pas assez, et, si c'est ça que vous nous dites, avez-vous des suggestions à nous faire ou des mécanismes qu'on peut identifier plus spécifiquement, auxquelles on pourrait s'adresser?

**Mme Girard (Isabelle) :** J'en ai glissé un mot dans mon allocution. Dans le fond, ce qu'on dit, je crois que ce qui est important, effectivement, c'est la distinction entre le diagnostic et les services subséquents à ce diagnostic-là, et c'est là, des fois, qu'on a un enjeu d'indépendance professionnelle entre les deux. J'ai nommé l'exemple des orthésistes. On pourrait nommer l'exemple également de l'apnée du sommeil, etc., où il y a eu dans le passé des situations particulières où on sentait qu'il y avait peut-être un surdiagnostic ou un diagnostic... disons, sans être un surdiagnostic, plutôt un diagnostic un peu plus précoce pour permettre, justement, d'offrir un service subséquent à une entreprise qui génère également des sous par rapport à ça.

**M. Barrette :** Si je peux prendre un exemple théorique, là, un diagnostic qui amènerait à la vente d'un appareil, par exemple, là.

**Mme Girard (Isabelle) :** Exact. On parle d'apnée du sommeil dans le projet de loi n° 118. Donc, évidemment, le dépistage de cette pathologie versus la vente de l'appareil, qu'on appelle un CPAP, par la suite, qui est quand même assez importante, donc, et, après ça, tout le support et l'entretien qui est lié à cet appareil-là aussi, qui va être, dans le fond, vendu, parce que c'est un service qui est non assuré, donc, évidemment, bien, il pourrait y avoir un intérêt supplémentaire. Puis là je tiens quand même à dire que ce n'est quand même pas la norme. Entendons-nous, les cliniques et les professionnels de la santé, dans la plus grande majorité, à défaut de dire probablement à 98 % des cas, sont conformes à leur code d'éthique, et respectent les règles de l'art, et ont des standards. Par contre, il existe toujours des petits cas qui viennent nuire à l'image qu'on se fait aussi de ces professionnels-là et à l'abus que la population peut penser que ces professionnels-là peuvent faire dans leurs diagnostics pour, justement, vendre des produits.

**M. Barrette :** Je voudrais avoir votre opinion. La loi n° 92, que vous avez sûrement suivie aussi, là, ça me surprendrait que vous ne l'ayez pas suivie, là, ne trouvez-vous pas que, dans 92, il y a suffisamment de leviers, des incitatifs qui, combinés à ce qu'il y a dans 118, va nous permettre de se rapprocher de l'ultime sécurité sur ce plan-là?

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait. Je suis d'accord avec vous que la loi n° 92 va venir encadrer également ça. Par contre, il faut les dépister au départ. Il faut savoir aller trouver l'information aussi. Et vous comprendrez aussi que c'est des comportements qu'on ne voit pas non plus apparaître et que ce n'est pas évident pour personne de savoir qu'il peut y avoir ce genre d'attitude, ou de ristourne, ou de choses comme ça, là, au sein... Mais oui, la loi n° 92 va venir améliorer la situation également.

**M. Barrette :** Parce que, quand vous parlez de fournisseurs, à un moment donné, dans votre discours, on a parfois l'impression que vous... Parce que, quand vous dites fournisseurs, on parle de fournisseurs de matériel. Mais, à un moment donné, vous êtes allés à l'hôpital, pas l'hôpital, rendez-vous, pas rendez-vous, puis là on a compris que vous alliez aussi chez les professionnels eux-mêmes, peu importe la catégorie, là.

**Mme Girard (Isabelle) :** Exactement. Il faut bien comprendre que, comme je vous disais, les cliniques médicales travaillent avec l'ensemble des fournisseurs. Le fournisseur peut être effectivement l'hôpital, le CLSC ou n'importe quel établissement du système public, mais évidemment il y a tous les fournisseurs autres, de services et de produits. Donc, il y a les deux, là. On parle autant d'un laboratoire biomédical qu'effectivement de l'orthésiste qui va aller vendre simplement une orthèse pour un genou ou autre, là. Donc, ça couvre l'ensemble, là. Donc, les fournisseurs sont multiples et les cliniques sont en contact beaucoup plus avec ces fournisseurs-là, comme j'expliquais, parce que c'est une question d'accessibilité. Malheureusement, ce n'est pas facile toujours pour les cliniques de développer des corridors d'accès avec les établissements de la santé. Donc, souvent, ils vont utiliser les services à caractère un peu plus privé ou les services qui sont plus accessibles au sein de leur territoire et de leur communauté.

**M. Barrette :** On se rapproche dangereusement des frais accessoires.

**Mme Girard (Isabelle) :** Effectivement, mais ça demeure quand même deux dossiers assez distincts, là, quant à moi, entre le... Vous me disiez tantôt que le frais accessoire et l'indépendance professionnelle... Je suis d'accord, mais, quand je vous parle vraiment de la relation entre les professionnels et certains fournisseurs, ce n'est pas nécessairement lié aux frais accessoires. Au contraire, ce n'est souvent pas lié aux frais accessoires. Le frais accessoire, c'est vraiment le frais lié à un acte médical, et, habituellement, les fournisseurs privés ou publics n'ont aucun lien direct avec le frais accessoire en soi, là.

**M. Barrette :** O.K. Le lien, là, avec l'hôpital ou le réseau public, est-ce qu'il est, à votre avis, du moins, en apparence, potentiellement problématique à ce point-là?

• (10 h 40) •

**Mme Girard (Isabelle) :** Honnêtement, pas du tout. C'est très, très difficile de développer des corridors, de s'adresser aux bonnes personnes. Mais je vous dirais que chaque région a sa réalité qui est vraiment complètement différente. Donc, d'un CISSS, CIUSSS à l'autre, il y a certaines régions qui sont extrêmement dynamiques avec les cliniques de leur territoire, puis je peux vous en nommer deux particulièrement. Le CISSS de Laval et le CIUSSS de l'Estrie sont deux établissements qui sont extrêmement impliqués avec leurs cliniques. Donc, ils travaillent étroitement à développer ces corridors-là. Dans d'autres régions, malheureusement, cette relation-là ne se fait pas de la même façon, est

beaucoup plus complexe. On a souvent, sur le terrain, des cliniques qui nous disent : On est juste comme pas capables d'obtenir des services ou juste de rejoindre la bonne personne. Vous comprendrez que, des fois, surtout dans le volume de patients qu'on peut voir dans une clinique médicale dans une journée, on n'a pas le temps d'attendre pendant 20 minutes au téléphone qu'une téléphoniste nous réponde à l'hôpital ou qu'on trouve la bonne personne à l'intérieur du CIUSSS qui va nous permettre de développer ça. Et là on a encore, malgré la loi n° 10, plusieurs paliers de décision à passer à travers pour réussir à faire quelque chose de concret. Donc, c'est dommage, mais beaucoup de cliniques vont baisser les bras puis vont dire : Bon, bien, ça ne donne rien ou c'est trop compliqué, donc laissons tomber. Je crois qu'il y a un énorme travail à faire de ce côté-là. Je pense que, d'uniformiser aussi les pratiques et le support que peut offrir le CISSS ou le CIUSSS à son groupe de cliniques, c'est essentiel.

Puis je vais vous donner le meilleur exemple. Dans le dossier des frais accessoires, vous savez que les CISSS et CIUSSS ont envoyé, depuis vendredi dernier, des lettres pour informer les cliniques du fonctionnement pour l'approvisionnement en lien avec les médicaments. Vous seriez surpris du nombre d'appels que j'ai reçus de cliniques qui me disaient : C'est quoi, la procédure, Isabelle, on n'est pas informés. Puis là je disais : Bien, vous n'avez pas reçu la lettre du CISSS ou des CIUSSS? Non, pas du tout, quand est-ce que je dois avoir reçu ça, comment j'ai reçu ça, à qui ça a été envoyé? Et là, tu sais, je leur donnais l'information. Les gens appelaient, justement, puis, souvent, le CISSS ou le CIUSSS disait : Ah! on ne vous avait pas dans notre banque de données. Donc, déjà, les établissements n'ont pas nécessairement l'information, à savoir qui sont les fournisseurs des services. Il faut comprendre que, quand c'est un GMF ou une clinique réseau, cette information-là, c'est sûr et certain qu'elle est connue, et, souvent, l'établissement va avoir deux, trois noms, même, et adresses courriel de personnes à rejoindre pour transmettre l'information. Et c'est pour ça que je vous parlais justement de s'assurer de bien diffuser l'information. On l'a vécu cette semaine avec les frais accessoires.

**M. Barrette :** Je pense que ça démontre bien la différence qu'il y a entre les GMF qui sont quasiment intégrés dans le réseau versus les cliniques solos, là, qui sont encore malheureusement un peu en retrait.

**Mme Girard (Isabelle) :** Par contre, on a quand même d'excellents fournisseurs de services, surtout en spécialités. Je vous dirais que la lacune première vient probablement des cliniques de spécialistes. Qu'on parle de musculosquelettique, de gastroentérologie, ou de psychiatrie, ou quoi que ce soit, c'est souvent ces cliniques-là qui ne sont pas répertoriées par le CISSS et le CIUSSS. Par contre, tout ce qui est cabinet et, comme vous dites, les cliniques qui n'ont pas encore adhéré aux GMF... Mais, malgré tout, Dr Barrette, j'ai des GMF qui m'ont appelé pour me dire qu'ils n'avaient pas reçu l'information ou, malheureusement, l'information a été donnée seulement au médecin responsable, qui, lui, était peut-être en vacances cette semaine, donc là, n'a pas regardé ses courriels, n'a pas pu transmettre l'information à son équipe. Donc, c'est important aussi de ne pas avoir juste un point de contact dans la clinique, mais bien de diffuser l'information, mais sous différents canaux de diffusion.

**M. Barrette :** Le temps file. Je vais juste aborder une dernière chose qui m'a étonné, puis j'ai eu de la misère à vous suivre là-dessus, c'est au début, un peu, de votre intervention. Vous l'avez mentionné à plusieurs reprises, vous nous disiez que, toujours dans la communication, vous n'êtes pas toujours au courant des standards des fournisseurs?

**Mme Girard (Isabelle) :** C'est difficile pour moi de voir avec... Si j'ai quatre ou cinq fournisseurs de services, mettons, de physiologie respiratoire sur mon territoire, comme j'ai dit, évidemment, on doit se protéger de faire du dirigisme, et ce qui est important pour nous quand on fait une référence à un patient, c'est de lui donner la liste de tous les fournisseurs disponibles sur le territoire, et ça sera au patient de faire son choix éclairé et de choisir, dans le fond, où il veut aller consulter, et c'est là qu'on n'a pas l'information, à savoir c'est quoi, la distinction entre ces quatre ou cinq fournisseurs différents là. Est-ce qu'ils offrent exactement le même type de tests? C'est quoi, la différence entre leur appareil versus celui de leurs concurrents? Nous, on n'est pas en mesure de juger de ça. C'est là qu'on pense que le projet de loi n° 118 va permettre justement, avec des standards et l'uniformisation des standards, d'avoir une plus grande confiance envers ces fournisseurs-là qui... Comme je vous dis, là, souvent, ils ont des produits qui sont complètement différents, et nous, on n'a pas nécessairement les compétences pour juger est-ce que leur appareil qu'ils vont utiliser est meilleur que celui d'à côté ou quoi que ce soit. C'est dans ce sens-là qu'on n'a pas accès aux standards.

**M. Barrette :** Non, je comprends, c'est parce que, quand vous... Bien là, on a fini. Voilà.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange. Maintenant, à l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, vous avez un bloc de 9 min 36 s. À vous la parole.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup. Merci, M. le Président. Bonjour, Mme Girard. Alors, merci pour votre mémoire succinct, mais, quand même, avec des messages qui sont intéressants et clairs. Donc, vous avez été peut-être un des premiers groupes à aborder plus les enjeux de l'article 34 du projet de loi, qui vise, finalement, à s'assurer qu'il n'y ait pas de situation qui favorise le choix d'un fournisseur par rapport à un autre.

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait.

**Mme Lamarre :** Je le lis pour que les gens nous comprennent : «Aucun laboratoire ou centre de physiologie respiratoire ni aucune personne agissant pour son compte ne peut organiser des concours ou donner à quiconque,

directement ou indirectement, des primes, consultations gratuites, certificats, cadeaux, échantillons, ristournes ou autre avantage destinés à attirer ou à fidéliser la clientèle.» Vous avez été témoin de plusieurs de ces situations-là?

**Mme Girard (Isabelle) :** On a entendu beaucoup de choses. Témoin, c'est un grand mot, par contre, on le sait, il y a des discussions, il y a des messages qui passent dans le réseau. Oui, oui, c'est connu, c'est connu.

**Mme Lamarre :** O.K. Est-ce qu'il y a des possibilités qu'il y ait aussi des mesures entre un centre et des médecins, par exemple, des prescripteurs? Est-ce qu'il peut y avoir des stratégies qui visent à fidéliser ou à favoriser de diriger un patient vers un centre plutôt qu'un autre? Est-ce que vous avez eu connaissance de ça?

**Mme Girard (Isabelle) :** Ce que je peux vous dire, c'est que les cliniques et les professionnels sont très sollicités par les fournisseurs de services. Est-ce que les gens adhèrent à ça? Comme je vous ai dit, la plus grande majorité, non. Est-ce que ça s'est déjà vu, des cas d'abus? Je pense qu'il y en a dans toute situation dans la vie. Que ce soit dans n'importe quel domaine, il y a des gens qui sont tentés par certaines propositions qui leur sont faites. Par contre, je peux vous dire qu'il y a quand même beaucoup, beaucoup de sollicitation qui... Tu sais, qu'ils reçoivent des pads de prescription d'entreprises spécifiques, etc., avec leur nom, c'est quand même une forme de sollicitation cachée qu'on va retrouver régulièrement, là, dans le réseau.

**Mme Lamarre :** On a un article, 48, qui prévoit des amendes de 2 500 \$ à 12 500 \$ pour une personne physique ou 7 500 \$ à 37 500 \$ pour d'autres cas. Est-ce que ça vous semble assez dissuasif?

**Mme Girard (Isabelle) :** Je pense qu'il va falloir le tester, mais je crois que oui. Dès qu'on parle d'argent dans le domaine de la santé, c'est toujours un sujet chaud. Donc, effectivement, je crois que ça peut être assez dissuasif si c'est bien connu, par contre.

**Mme Lamarre :** Vous avez parlé un peu de frais accessoires. J'ai lu récemment dans un article de *Profession Santé* qu'il y avait, sur le 30 %, dans le fond, qui était prévu pour les médecins de famille sur les frais de cabinet... que, dans le fond, des cliniques privées qui offraient toute une gamme de services de soutien aux médecins de famille ne réussissaient pas nécessairement à avoir tout ce pourcentage-là et que, parfois, ce qui semblait être la norme, c'était plus autour de 10 % à 15 % du 30 % qui avait été accordé aux médecins. Est-ce que c'est un peu ce que vous constatez?

• (10 h 50) •

**Mme Girard (Isabelle) :** Oui, ça, c'est vraiment la réalité. Ce que je peux vous dire, antérieurement, on parlait de 30 %. Par contre, avec la nouvelle nomenclature, là, qui est entrée en place cet été, là, via la FMOQ, on parle davantage de 25 % quand on regarde la différence aujourd'hui. Mais oui, c'est la réalité. Je vous dirais qu'on est plus autour de 15 % à 20 %, mais j'ai des cliniques qui, malheureusement, pour réussir à attirer certains médecins et tout, bien, se doivent de diminuer pour concurrencer les autres, là, tout simplement, et il y a différentes problématiques liées à ça, mais c'est un enjeu majeur pour le recrutement de médecins. C'est vraiment les taux de loyer et non la qualité des services ou l'organisation de travail qui va être proposée par la clinique qui devient l'élément vraiment central pour le choix de son site de pratique. Malheureusement, l'aspect financier est très, très important. Puis effectivement c'est ce qu'on a dit, là, les frais accessoires ou les enjeux — dont je parle ici — d'indépendance professionnelle sont souvent liés à l'aspect financier, et c'est tout simplement que les médecins ne comprennent pas bien la raison d'être de la majoration des frais. Puis ce qui est le plus cocasse que je peux vous donner pour bien comprendre la situation, c'est qu'on dit que c'est une majoration quand ils travaillent justement en cabinet pour payer le frais de cabinet, et, si vous regardez sur le terrain, souvent, vous allez entendre les médecins dire : Aïe! non, mais moi, là, quand je travaille à l'hôpital, je suis payé bien moins cher, tu sais. C'est l'inverse.

**Mme Lamarre :** Donc, ce que vous dites, c'est que, par exemple, si on veut solliciter des médecins au niveau des cliniques privées, on s'entend, là, ce n'est pas nécessairement les GMF ou les plans de... mais on peut avoir deux ou trois cliniques qui vont devoir diminuer leurs frais, dans le fond, aux médecins pour pouvoir bénéficier de la présence du médecin dans leur clinique plutôt que dans une autre.

**Mme Girard (Isabelle) :** Exactement, et de là découlent ensuite, des fois, des intérêts à chercher des modes de rémunération ou de financement différents et que, là, dans les circonstances du projet de loi n° 118, ça peut devenir intéressant, quand on se fait solliciter par une entreprise, de dire qu'il peut y avoir une ristourne ou d'autres éléments, là, pour convaincre.

**Mme Lamarre :** D'accord. C'est une réalité à laquelle il faut s'intéresser, je pense. Vous parlez, dans votre mémoire, là, du délai de trois ans pour l'obtention de l'agrément. Vous recommandez plutôt deux ans parce que, pour vous, il doit y avoir un sentiment d'urgence. Quand vous voyez ce genre de situation là qui dévie un peu, vous devez vouloir...

**Mme Girard (Isabelle) :** Je ne vous dirais pas nécessairement d'urgence, mais nous nous questionnons tout simplement à savoir pourquoi trois ans et pourquoi pas deux ans? Il me semble que, quand on cherche, justement, à améliorer la qualité, et les standards, et la sécurité de la population, bien, ce n'est jamais trop tôt pour le faire. Donc, pourquoi attendre encore trois ans que ce processus-là se fasse? On pense que c'est réaliste pour ces entreprises-là

d'être capables de passer à travers ce processus-là dans un délai de deux ans et que, la troisième année, c'est juste de retarder un peu plus et de les encourager à ne pas entamer les démarches dès maintenant.

**Mme Lamarre :** Vous avez donné deux autres exemples où vous pensez que ce serait intéressant aussi peut-être de mieux encadrer, là, des exemples en audiologie et en réadaptation. L'audiologie, ça peut un peu se comprendre parce qu'il y a comme un équipement en réadaptation. Est-ce que c'est parce qu'il y a aussi des équipements en réadaptation qui sont proposés aux gens?

**Mme Girard (Isabelle) :** Oui, effectivement, ou, des fois, c'est des programmes d'entraînement. Des fois, c'est... Tu sais, c'est la vente subséquente d'autres services, mais c'est surtout basé sur le fait que c'est des professionnels de la santé et que, de la même façon que j'expliquais à Dr Barrette tantôt, pour nous, on n'est pas en mesure d'aller valider, justement, quelle est l'offre de services de ces fournisseurs-là, est-ce que c'est une bonne chose de référer la clientèle à aller à cet endroit-là. Bien, nous, c'est juste de s'assurer que tous les fournisseurs en santé ont un degré ou un niveau de standards de qualité qui est minimal partout et qu'après ça, bien, il y en a qui se distingueront de par leur offre de service. Mais nous, on veut juste s'assurer que, quand on réfère le patient à un endroit, bien, on s'assure que ça va pouvoir répondre à ses besoins dans les meilleurs délais et dans la meilleure qualité.

**Mme Lamarre :** Vous avez bien insisté sur la diffusion de l'information. Moi, je pense que le lien que vous préconisez entre les CISSS, les CIUSSS et les cliniques privées est tout à fait réel, mais je pense aussi qu'on doit penser peut-être, dans le projet de loi, à des processus d'affichage des certifications, affichage de l'agrément, pour donner au public la possibilité de valider aussi... peut-être un site qui pourrait donner également la liste des fournisseurs de services qui sont...

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait. Exactement, tout à fait, parce que, souvent, l'information, justement, sur l'agrément, on va la voir quand on entre dans un établissement qui a reçu son sceau d'agrément. Donc, je pense que ça serait une bonne chose. Puis on le voit déjà actuellement avec les CMS, qui est les centres médicaux spécialisés, là, les blocs opératoires, cette information-là n'est pas connue. Le patient peut difficilement faire un choix éclairé entre : Est-ce que je devrais aller me faire opérer là ou là? C'est souvent des services privés dans nos CMS. Donc, on pense que ça serait une bonne chose aussi que la population et les professionnels de la santé... quand le patient nous questionne, de pouvoir dire : Bien, regardez, vous avez un site. Donc, nous, encore là, c'est une question de s'assurer qu'on n'est pas mêlés au choix du patient et qu'on fait ça sans faire de dirigisme.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci pour ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez d'un bloc de 6 min 24 s. À vous la parole.

**M. Picard :** Merci, M. le Président. Mme Girard, bienvenue. Merci pour vos commentaires. Dans un premier temps, je voudrais savoir, l'Association des cliniques médicales du Québec, c'est des cliniques publiques et privées ou seulement publiques?

**Mme Girard (Isabelle) :** Non, comme j'ai mentionné, on ne représente que les cliniques à vocation publique, donc les cliniques qui sont affiliées à la RAMQ, dont le médecin va offrir des services assurés.

**M. Picard :** O.K. Je vais élaborer sur une situation qui m'a été rapportée à plusieurs reprises. Je voudrais avoir votre avis sur... Parce que, pour moi, l'important des cliniques publiques ou privées, c'est le meilleur service à la population, mais tout en respectant l'équité. On s'entend là-dessus?

**Mme Girard (Isabelle) :** Tout à fait, dans les meilleurs délais.

**M. Picard :** Il m'a été rapporté à quelques reprises que des patients qui vont dans des cliniques privées rencontrent un omni, et qui doit référer à un spécialiste, et que, là, il y aurait un «fast track», on va dire, là. On appelle à l'hôpital, on appelle au CIUSSS puis on dit : O.K. Tel patient... et ça se passe très, très rapidement. Moi, quand je vous dis que ça m'a été rapporté, là, c'est des citoyens et des médecins du public. On dit : Regarde, ça ne marche pas, là, parce que, lorsque les citoyens vont voir un médecin du public, bien là, O.K., là, on te donne le document pour aller prendre ton rendez-vous avec le spécialiste, tu appelles, tu attends, tu appelles, tu attends. En tout cas, c'est la procédure, là. Donc, je voudrais avoir votre avis. Est-ce qu'à votre connaissance, qu'est-ce que je viens d'élaborer, ça existe ou c'est une fabulation?

**Mme Girard (Isabelle) :** O.K. Vous avez tout à fait raison, c'est des choses qu'on va voir, et là votre point est lié beaucoup plus à l'organisation de travail au sein de cette clinique-là. Il faut comprendre que les cliniques privées doivent offrir un service à la clientèle de très haute qualité pour être capables d'attirer de la clientèle, donc ils vont prendre beaucoup plus de temps pour développer ces corridors-là, ces relations-là avec certaines gens, certaines personnes ou certains établissements pour permettre d'offrir un meilleur service à la clientèle, à leurs patients. Malheureusement, encore aujourd'hui, c'est un concept qui est encore très abstrait dans les cliniques médicales publiques, l'aspect du service à la clientèle. Et là on pourrait même entrer aussi dans la performance du personnel, des fois, qui nous est prêté, et dont on a déjà discuté dans le passé avec le ministère. Ce personnel-là n'étant pas sous la responsabilité officielle de la clinique, de

la gestion de la clinique, mais bien sous la responsabilité du médecin responsable du GMF, il devient des fois difficile aussi de leur demander de faire certaines actions ou interventions. Donc, ça peut faire en sorte que, par la suite, les relations ou certains services qu'on voudrait prioriser ou rendre plus accessibles à notre clientèle ne se feront pas parce que...

Je vous donne un exemple. Si je demande à une infirmière en GMF de faire certaines démarches, bien, si elle me dit qu'elle est trop occupée puis qu'elle n'a pas le temps de s'en occuper, j'ai difficilement un contrôle ou un pouvoir d'intervention auprès de cette personne-là pour l'amener à adhérer un petit peu soit au projet ou à la vision, là, de l'entreprise.

Donc, pour répondre à votre question, effectivement, ça se voit. On pourrait faire mieux, on pourrait travailler beaucoup plus en collaboration, et ça ne serait pas si compliqué. Il faut juste savoir, premièrement, identifier les bonnes personnes. Et, pour revenir encore au point, on doit mieux diffuser l'information. Encore une fois, vous seriez surpris de voir le nombre de cliniques avec qui j'interviens et qui me disent : Isabelle, je ne sais même pas c'est qui, la personne qui est responsable des GMF, ou : Je ne suis pas au courant de qui est responsable du recrutement puis des primes au sein du CIUSSS; on n'a pas été avisés qu'il y avait une activité, justement, pour faire la promotion de notre clinique pour les jeunes facturant pour les primes, des choses comme ça.

On a un problème de communication entre les cliniques et les établissements, et ça, que ce soit le CIUSSS, de façon très générale, et son personnel de soutien à ces cliniques-là ou que ce soit tout simplement, justement, les hôpitaux en soi, où on veut développer, justement, des corridors d'accès un petit peu plus rapides, et ça devient difficile. Puis on pourrait parler de réorientation P4, P5 aussi, où là vous verriez qu'il n'y a pas une région au Québec qui gère la situation de la même façon et qui a les mêmes résultats non plus. C'est un autre exemple diagnostique du manque de communication puis du manque d'uniformisation entre les régions dans leurs communications entre la clinique médicale et l'établissement.

• (11 heures) •

**M. Picard** : O.K. Donc, qu'est-ce que je comprends, c'est que les cliniques privées prennent le temps pour s'attirer une clientèle. Mais, en tout cas, moi, pour moi, le principe d'équité, tous les citoyens du Québec devraient avoir le même accès. Et, si je me questionne, ce n'est peut-être pas sur le travail qui est fait en clinique — les cliniques privées offrent les services pour avoir une clientèle, vous, vous manquez de ressources ou vous manquez d'information pour l'offrir — moi, c'est plus le professionnel qui accepte, je vais dire, de by-passer un peu les délais parce qu'il reçoit un appel du médecin. Parce que, moi, les situations, là, ce n'est pas l'infirmière, là, c'est le médecin qui appelle, là, qui dit : Aïe! Là, j'ai un cas, là, il faudrait que...

**Mme Girard (Isabelle)** : Mais, dans ce cas-ci...

**Le Président (M. Merlini)** : ...Mme Girard, très rapidement, s'il vous plaît.

**Mme Girard (Isabelle)** : Oui. Ce n'est pas une question de by-passer, c'est une question juste d'adresser une problématique, une pathologie. Le médecin a fait une consultation, il a établi une urgence de traitement, et là il va communiquer avec un collègue pour lui demander de voir le patient plus rapidement en fonction de l'évaluation qu'il a faite. Donc là, c'est lié à une évaluation, ce n'est pas lié juste à : Je sors du bureau, j'ai une consultation non urgente, puis il y a quelqu'un qui me donne un passe-droit pour avoir un accès plus rapide à un rendez-vous.

Là, dans ce cas-ci, de ce que je comprends de la situation que vous me présentez, ce n'est pas la situation, c'est vraiment juste lié à une condition médicale qui est adressée et que, là, le médecin dit : Regarde, moi, je vais prendre le temps parce que je considère que ça ne peut pas attendre puis je vais prendre le temps de l'expliquer à mon collègue pour que lui, il le comprenne et qu'il puisse le prioriser aussi. C'est une question de priorisation de cas, là.

**M. Picard** : Je termine, M. le Président. J'entends vos propos, sauf que vous allez admettre que, pour la même problématique, si moi, je pars avec un papier puis j'appelle au centre des rendez-vous ou le médecin appelle le spécialiste, il va y avoir un traitement différent.

**Mme Girard (Isabelle)** : 100 % d'accord avec vous.

**M. Picard** : C'est beau. Merci.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Mme Girard, représentant l'Association des cliniques médicales du Québec, merci de votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants et j'invite l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec à venir prendre place. Les travaux sont suspendus.

(Suspension de la séance à 11 h 4)

(Reprise à 11 h 10)

**Le Président (M. Merlini)** : Alors, nous reprenons donc nos travaux avec l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. S'il vous plaît, vous identifier. Vous avez 10 minutes pour faire votre exposé, et suivront ensuite les échanges avec les parlementaires de la commission. Bienvenue à la commission.

### Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)

**M. Vachon (Jocelyn) :** Merci. M. le Président, M. le ministre, chers membres de la commission, bonjour. Je me nomme Jocelyn Vachon. Je suis le président de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Je suis accompagné de ma directrice générale et secrétaire de l'ordre, Mme Josée Prud'Homme. Nous vous remercions de nous accueillir.

D'entrée de jeu, sachez que l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes est favorable à ce nouvel encadrement, en particulier pour les centres du trouble du sommeil. C'est d'ailleurs ce volet précis du projet de loi qui nous concerne de premier chef.

Comme ordre professionnel, nous avons le pouvoir de contrôler la pratique des inhalothérapeutes mais nous n'avons aucun levier sur les tiers que sont les centres ou les laboratoires du sommeil. Ce projet de loi vient ainsi poser un jalon supplémentaire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services qui sont offerts dans les centres privés. Nous en sommes ravis.

Je vous amène tout de suite à la page 5 de notre mémoire. Nous vous proposons de modifier le libellé et la définition du centre de physiologie respiratoire. Nous comprenons, à la lecture du projet de loi n° 118, que votre objectif est d'encadrer précisément les centres qui offrent des examens diagnostiques entourant les troubles du sommeil, et non pas toute clinique ou équipe ambulatoire qui offrirait des tests de la fonction respiratoire. Or, la définition précise de «test diagnostique de la fonction respiratoire» est très large. Cela pourrait inclure la spirométrie, les bilans de base ou encore les épreuves d'effort. Comme on vise les laboratoires du sommeil, nommons-les ainsi.

Autre point important, nous souhaitons que vous ajoutiez à la définition non seulement «un centre qui offre des tests», mais aussi «des services afin d'évaluer et de traiter des troubles du sommeil». Dans les faits, c'est cette portion de l'offre de services des centres du sommeil qui doit attirer votre attention. Nous y reviendrons. Nous nous sommes inspirés de la terminologie utilisée dans les différents guides produits par le Collège des médecins du Québec et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes pour vous proposer une nouvelle définition de «centre de physiologie respiratoire», qui deviendrait un «centre d'études du sommeil». La définition pourrait se lire ainsi : «Un professionnel, société ou association qui exploite une unité ou une clinique qui réalise des tests diagnostiques et qui offre des services afin d'évaluer et de traiter les troubles du sommeil et de l'éveil.»

Deuxième point que nous souhaitons aborder, ce sont les normes. Aux articles 33 et 38, le gouvernement peut déterminer des normes et des exigences quant à la formation du personnel. Pour les normes d'hygiène, de sécurité, par exemple, le guide d'exercice du Collège des médecins sur l'apnée obstructive du sommeil prévoit déjà une pléiade de normes relatives soit aux ressources matérielles, à l'aménagement, au protocole et procédures ainsi qu'un programme d'assurance qualité. De notre côté, à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, nous avons aussi des normes, notamment sur l'assurance qualité sur l'appareillage, dont nous vérifions l'application lors des inspections professionnelles que nous faisons.

Quant aux exigences de formation, nous sommes d'avis que, lorsque le professionnel est membre d'un ordre, il revient plutôt à l'organisme de réglementation d'établir les exigences. Donc, par souci de cohésion, nous souhaitons que les normes que le gouvernement entend déployer fassent nommément référence à celles déjà en place pour éviter les doubles standards. Soyons cohérents et arrimons-nous.

Maintenant, en matière de pratiques commerciales, j'attire votre attention sur la page titre de notre mémoire. Nous sommes préoccupés par les pratiques commerciales des laboratoires du sommeil, si bien qu'en collaboration avec le Collège des médecins et l'Ordre des dentistes du Québec nous avons publié un guide destiné aux patients. L'article 34 du projet de loi interdit à un laboratoire d'organiser des concours, de donner des primes, des consultations gratuites, des certificats, des cadeaux, des échantillons ou des ristournes pour attirer ou fidéliser la clientèle. C'est parfait pour nous, mais nous appréhendons déjà les stratagèmes pour les contourner. Prenons l'exemple des pratiques relatives à la consultation initiale. Elles varient énormément d'un centre à un autre. Certains facturent jusqu'à 500 \$ pour la consultation alors que d'autres l'offrent gratuitement, espérant, au terme de l'examen, que, si un appareil est requis, il sera acheté auprès de la clinique. L'interdiction d'offrir une consultation gratuite fera place probablement à l'offre d'une consultation à tarif quasi symbolique, exemple à 5 \$. Nous proposons d'ajouter un article dans le projet de loi qui oblige un centre à fournir au patient son ordonnance au terme d'un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil. Ainsi, le patient sera libre et aura aussi les outils pour magasiner son appareil.

Le dernier point que je souhaite aborder avec vous est l'accès au DSQ pour les inhalothérapeutes. Les inhalothérapeutes n'ont pas accès au DSQ, c'est sincèrement un non-sens. Quand un inhalothérapeute fait un suivi d'un patient atteint de maladies pulmonaires obstructives chroniques, il doit avoir accès aux médicaments pour ajuster le plan de soins. Il doit aussi avoir accès aux résultats d'analyse bactériologique des sécrétions bronchiques afin de pouvoir appliquer l'ordonnance et le protocole avant de débiter une corticothérapie orale combinée ou non à l'antibiothérapie. Des exemples comme cela, je pourrais vous en citer des dizaines.

Quand nous faisons des inspections professionnelles, nos inspecteurs vérifient si l'inhalothérapeute a procédé à bien analyser chaque paramètre pour faire le suivi de son patient. C'est une obligation. Depuis que les dossiers patients sont devenus numériques, le fait de ne plus avoir accès aux dossiers a complexifié le travail des inhalothérapeutes. Donc, sur le terrain, l'inhalothérapeute doit courir après une infirmière, un médecin ou encore une secrétaire pour avoir accès et pouvoir consulter le dossier électronique. Vous comprendrez à quel point c'est une perte de temps et d'efficacité. Puisque le projet de loi vient modifier la loi sur le partage de certains renseignements contenus au DSQ, nous vous demandons de corriger cette erreur et de nous aider à être plus efficaces en donnant accès aux inhalothérapeutes au DSQ.

M. le Président, voilà l'essentiel de nos recommandations. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Vachon, pour votre exposé. Nous allons effectivement débiter les échanges avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux pour un bloc d'une durée maximale de 16 minutes. M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Barrette :** Alors, M. Vachon, Mme Prud'Homme, bienvenue. Et merci, encore une fois, d'avoir pris le temps de préparer ce mémoire pour nous éclairer sur un... Je pense qu'on peut encore qualifier cette activité-là d'émergente. Pas d'émergente pour ce qui est des laboratoires du sommeil, c'est quelque chose qui existe depuis longtemps. Mais le déploiement, le développement d'activités indépendantes par rapport à l'hôpital sur le terrain, ça, par exemple, c'est émergent. Ce n'est pas quelque chose que l'on voyait il y a même cinq, six, huit ans, là. Ça prend une ampleur qu'il n'y avait pas.

Corrigez-moi, là, si je me trompe. Quelle est la situation aujourd'hui? Je sais très bien, parce que j'en ai vu, qu'il y a eu, à un moment donné, des endroits, des laboratoires du sommeil qui étaient très peu encadrés, là, dont le propriétaire n'avait absolument aucune compétence même en santé, avec des tests qui étaient faits et qui étaient envoyés même à l'extérieur du Québec. Quel est l'état de situation aujourd'hui, selon vous, là, en tant qu'ordre?

**M. Vachon (Jocelyn) :** Ce que je peux vous mentionner, et comme nous le mentionnons aussi dans notre mémoire, au niveau des professionnels qui exercent en centre d'études du sommeil, ils sont tous encadrés par l'inspection professionnelle. Depuis plusieurs années, l'Ordre professionnel fait des inspections auprès de tous les inhalothérapeutes qui travaillent en centre du sommeil. Donc, régulièrement, je vous dirais, peut-être, on fait au moins, je vous dirais, environ quatre à cinq inspections de différents sites à chaque année et nous avons à peu près, au niveau... une quarantaine d'endroits, de cliniques, si on peut dire. Il y a une quarantaine de cliniques qui existent... 40 à 60? Je ne m'en souviens plus.  
• (11 h 20) •

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Bien, en fait, peut-être pour répondre à votre question, effectivement on a déjà eu, nous, à l'ordre, des plaintes de cliniques qui étaient possédées par des gens qui n'avaient aucune qualification. Évidemment, ces cliniques-là, avec le temps, on est intervenus. On est intervenus surtout au niveau du suivi thérapeutique parce qu'habituellement, au niveau du test diagnostique, ce n'est pas là qu'est le problème. Tous les tests qui sont faits sont faits par des professionnels, dont les inhalothérapeutes, majoritairement, il y a également des technologues en électrophysiologie médicale dans ce secteur et évidemment les médecins qui interprètent les tests. Là où le bât blesse, et là ce à quoi vous faites référence, c'est dans le suivi. Une fois que le patient a son ordonnance, là il peut y avoir un peu n'importe quoi, dans le sens où on a vu des patients qui magasinaient des CPAP et des BiPAP sur Kijiji, par exemple, donc des appareils usagés, des personnes qui utilisaient des appareils qui appartenaient à leurs parents défunts, ou à leur soeur, ou peu importe, et des gens qui vendaient des appareils sans aucune compétence, donc qui ajustaient les CPAP, donc les masques, l'interface, et qui n'avaient aucune compétence. On est même allés en pratique illégale, nous, à l'Ordre professionnel, contre deux entreprises qui effectuaient ces ajustements et nous avons gagné nos causes.

Alors, je vous dirais qu'actuellement la situation... En tout cas, jusqu'à maintenant on n'a pas eu de nouvelles dénonciations à cet effet-là. Actuellement, selon nos registres à nous, il y a 60 installations privées en sommeil; 11 de ces cliniques-là sont détenues par des inhalothérapeutes, 11 installations. Alors, c'est ça, le portrait actuel de la pratique. Et, comme le président l'a mentionné, nous, ces 60 installations là font partie de notre programme d'inspection professionnelle. Alors, nous en visitons quatre à cinq par année et on en revisite aussi. Des fois, il y a des deuxièmes visites de suivi qui sont effectuées.

**M. Barrette :** ...je dois comprendre, parce que je n'ai pas cette information-là, qu'il peut y avoir des cliniques qui ne sont pas sous votre juridiction?

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Qui ne sont pas sur notre juridiction, en termes d'inspection professionnelle?

**M. Barrette :** Oui.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Moi, je ne pense que non, là. Actuellement...

**M. Barrette :** Vous en entendriez parler, évidemment, là.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** On en entendrait parler, ça, je peux vous dire, parce que les inhalothérapeutes et, j'imagine, les technologues en électrophysiologie médicale, s'ils avaient vent que des tests de troubles du sommeil se font par des non-professionnels, je pense qu'on en entendrait parler.

**M. Barrette :** O.K. Ce qui m'a toujours un peu chicoté là-dedans, toujours dans l'angle de la protection du public, là — Mme Girard, tantôt, de l'Association des cliniques, bon, l'a évoqué, vous preniez l'exemple vous-mêmes, là — il y a une convergence, on va dire, de possibilités de conflit d'intérêts. C'est peut-être le secteur où c'est le plus... peut-être pas le secteur avec un «L» majuscule, là, il y en a d'autres, là, mais c'est un secteur où c'est très propice à ça. À partir du moment, là, où à la clé, à partir du diagnostic, il y a la possibilité de vendre quelque chose, tout de suite en partant, là, le potentiel de conflit d'intérêts, il est intrinsèque, là. Mais est-ce que vous trouvez qu'actuellement dans le projet de loi ou vous dans votre vision de l'ordre, même sans projet de loi, on s'adresse à ça correctement? Sûrement pas sans projet de loi, là, mais... Parce que, jusqu'à récemment, c'est clair qu'il y avait des conflits d'intérêts, là. Ce n'est

pas pour rien qu'on a mis l'article. Je peux vous le dire, là, l'article sur les avantages, les ristournes, les ci, les ça, là, bien, cet article-là, il est écrit pour particulièrement ce secteur-là, là. Mais est-ce qu'on est suffisamment précis dans notre volonté de vouloir empêcher ça? Parce que peut-être que vous allez me dire : Bien, il faut ça quand même puis on n'est pas capables de le faire sans ça.

**M. Vachon (Jocelyn) :** C'est un peu ce que j'ai dit dans mon mot de présentation et qu'on a aussi inscrit au niveau de notre mémoire. Au niveau de l'article 34, oui, elle est très, très importante pour éviter, justement, ce conflit-là, mais on propose aussi d'ajouter une mesure supplémentaire pour que le professionnel soit obligé de donner l'ordonnance au patient, justement, pour que celui-ci se sente libre de pouvoir aller magasiner son appareillage et ne se sente pas obligé d'acheter à la compagnie où il a passé le test.

**M. Barrette :** Mais il n'en reste pas moins qu'à partir du moment où la vente peut continuer à se faire sur place il y a encore une certaine problématique au moins potentielle, là.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Oui, moi — peut-être, Jocelyn, si tu me permets — j'ajouterais à ça, je pense que de... Parce qu'on s'est posé la question en conseil d'administration : Est-ce qu'on va aller jusqu'à recommander de dissocier la vente de l'examen et du suivi clinique? Ce qu'on pense, nous, c'est que ce ne serait pas nécessairement servir la population de la bonne façon parce qu'il ne faudrait pas que les patients diagnostiqués partent avec une ordonnance, aillent voir quelqu'un qui n'a aucune compétence, et se fassent ajuster un appareil, et, finalement, n'est pas compliant parce que, justement, il n'y a pas de suivi. Et ça, ça fait partie des plaintes que notre syndic reçoit quand même assez souvent de patients qui appellent parce qu'ils n'ont pas de suivi clinique, ils n'ont pas accès à personne. Alors, ça, donc, on s'est dit : Ce projet de loi là, c'est un jalon de plus. Et nous, comme ordre professionnel, on a quand même un code de déontologie, et nos inhalothérapeutes qui se placent en situation de conflit d'intérêts, bien, on est capables, évidemment... Vous allez me dire qu'il faut qu'il y ait une dénonciation, mais je peux vous dire que ça arrive, c'est arrivé dans le passé. Ce qu'on a vu beaucoup, nous, c'est plus les professionnels qui travaillent en centre hospitalier qui travaillent en privé, parce qu'il y en a beaucoup qui font les deux, et à ce moment-là il y a eu un peu, je dirais, de situations où l'inhalothérapeute profite un peu du fait qu'il travaille aussi en privé pour suggérer doucement à l'oreille du patient de se rendre à tel endroit parce que les appareils sont disponibles et que, bon, il va avoir un service, et tout ça.

L'ordre des inhalothérapeutes a publié, il n'y a pas si longtemps que ça encore, une lettre à tous les établissements de santé, y compris les cliniques, pour aviser les inhalothérapeutes qu'ils ne doivent pas utiliser leur statut de professionnel pour inciter le patient à aller à tel ou tel endroit. C'est aussi leur responsabilité professionnelle d'informer le patient des diverses possibilités. Tantôt, on a fait référence à la liste des fournisseurs, bien, c'est un peu ça. Nous, qu'on dit aux inhalothérapeutes : Donnez au patient les différentes possibilités qui s'offrent à lui, hein? Puis les tests du sommeil, actuellement, peuvent se faire autant au privé qu'au public. On sait qu'au public les listes d'attente sont assez importantes, alors d'où... Vous l'avez dit, Dr Barrette, ça prolifère, les cliniques de troubles du sommeil. Alors, c'est un peu ça, la situation.

**M. Barrette :** ...parallèle, et là on échange, là, c'est le but de la consultation publique. Plus tôt ce matin, je pense que vous étiez là — de mémoire, là, il me semble que vous étiez dans la pièce — quand les podiatres sont venus, vous avez assisté à mon étonnement parce que c'est rare qu'on voit un ordre professionnel nous dire : On ne veut pas être là, et eux autres, ils ne voulaient pas être dans la situation de conflit d'intérêts de vendre la prothèse, alors que vous, vous êtes aussi un ordre et puis vous semblez moins voir de problème. Puis je ne dis pas qu'un a plus raison que l'autre, là, je ne veux pas vous mettre dans l'embarras, mais il y a un parallèle à faire, là.

• (11 h 30) •

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Oui, vous avez raison, il y a un parallèle à faire, mais nous, on pense qu'avec les outils que l'ordre possède avec le projet de loi on est capables de circonscrire très bien la pratique professionnelle. Et je vous dirais que ce n'est quand même pas toutes les cliniques non plus qui sont également des fournisseurs de CPAP et de BiPAP, hein, ce n'est pas toutes les cliniques, quoique je pense qu'il y en a une grande majorité... probablement, 80 % et plus offrent également la vente d'appareils. C'est un risque, il y a un risque potentiel de conflit d'intérêts, on en convient, puis je pense qu'on en a largement discuté au conseil d'administration, mais avec les leviers qu'on possède, que ce soit... Puis nous, on les inspecte beaucoup, hein? On fait quand même cinq cliniques par année, et notre objectif, c'est d'augmenter. Donc, on contrôle et on surveille, en tout cas, assez bien la pratique professionnelle de nos membres dans ce secteur-là et, honnêtement, on n'a pas vu tant de difficultés que ça.

Les difficultés qu'on a identifiées, je le répète, sont souvent quand le patient ne sait pas où aller, quand le patient n'a pas de suivi clinique, et c'est là, nous, que les problématiques ont été vraiment très, très grandes, et c'est ce qui a fait que l'ordre des inhalothérapeutes, le Collège des médecins et dentistes, on a cru bon de faire un livret d'information à la population pour leur dire : Bien, faites attention; si vous avez besoin de passer un test d'apnée du sommeil, assurez-vous de le passer dans un laboratoire qui est agréé, assurez-vous qu'il y a des professionnels inhalothérapeutes et technologues en électrophysiologie médicale et des médecins qui font l'interprétation, donc des spécialistes en troubles du sommeil.

C'est le message que nous, on a lancé à la population parce que ce qu'on voyait, c'était beaucoup des gens qui magasinaient sur Kijiji, des gens qui allaient voir un fournisseur d'appareils seulement, et le fournisseur se contentait de donner l'appareil, parfois d'ajuster, sans avoir aucun professionnel et aucun suivi clinique par la suite.

Alors donc, pour répondre à votre question, c'est pour ça que nous, on a dit : Bien, on n'ira pas jusqu'à demander de dissocier la vente de l'activité, du test, du diagnostic et du suivi, mais, s'il y avait une décision du gouvernement à cet effet-là, je ne pense pas que l'ordre s'opposerait à ça.

**M. Barrette :** Dans votre relation avec les médecins, toutes catégories confondues, je me souviens d'un temps pas très lointain où les médecins voulaient absolument, eux autres, développer ça, mais je vous écoute, puis là c'est comme si vous me disiez que... c'est une soixantaine, que vous avez dit, une quarantaine?

**Mme Prud'Homme (Josée) :** ...soixantaine d'installations.

**M. Barrette :** La soixantaine d'installations sont opérées par des technologues, c'est ça?

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Non, il y en a 11 qui sont... en fait, toutes les installations ont des inhalothérapeutes qui effectuent le test des troubles du sommeil.

**M. Barrette :** En fait, je vais vous poser la question...

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Propriétaires. Je pense qu'il faut dissocier...

**M. Barrette :** Je m'en vais vous poser la question très directement, là, parce que je pense que je n'ai pas été assez clair, pour que vous compreniez là où je veux en venir, là.

Vous avez des situations où vos professionnels, en toute compétence, là, font des tests, envoient des tests à être interprétés par quelqu'un. Ça, c'est quelqu'un qui arrive avec une prescription à un test, le résultat est envoyé en quelque part. Vous êtes donc un intermédiaire. Dans le bon sens du terme, là, ou dans la chaîne, là, vous êtes un intermédiaire. Est-ce que vous trouvez que la relation... puis il y a d'autres endroits où le médecin est probablement impliqué, le pneumologue, sur place ou, dans certains cas, un neurologue... moi, j'ai vu un psychiatre à un moment donné. Ça fait que je ne suis pas sûr que c'est... Je ne ferai pas de commentaires. C'est dans ce sens-là que je pose la question sur la relation médecin-inhalothérapeute dans l'environnement de ce test-là spécifiquement. Est-ce que vous trouvez que, là, il y a une suffisante uniformité ou il y a, à l'inverse, trop de variations pour s'assurer de la qualité?

Moi, j'ai un certain problème quand vous nous racontez... Puis faites attention, là, je ne vise pas les technologues, j'ai un problème quand vous présentez une situation où vous êtes un point d'investigation pour une pathologie qui demande un diagnostic et un suivi. Là, à un moment donné, ça déborde. Je comprends que les inhalothérapeutes, vous êtes très bonnes et très bons pour faire du suivi. Vous faites ça, là, les MPOC, et tout ça, là, vous avez une plus-value, là, qui est absolument indéniable, mais, en général, quand on a ces environnements-là, il y a vraiment une coordination très étroite de toute l'équipe. Et là, comme on est à l'extérieur de l'hôpital et que les résultats s'en vont ailleurs parce que ce n'est pas physiquement, là, il peut y en avoir une, là, mais il n'y a pas toujours une collaboration étroite — étroite au sens physique du terme — entre le médecin, le technologue et le patient parce qu'à un moment donné, là, ces trois entités-là, ces trois groupes-là doivent être parfois à la même place au même moment. Est-ce que vous voyez un problème à cet égard-là? Est-ce que notre loi est suffisamment précise là-dessus? Vous comprenez le sens de mon intervention, là?

**M. Vachon (Jocelyn) :** Oui.

**Le Président (M. Merlini) :** Très rapidement comme réponse, s'il vous plaît.

**M. Vachon (Jocelyn) :** Parfait. Écoutez, moi, ce que je vois dans vos propos, c'est tout simplement de dire : Bon, est-ce qu'il y a un encadrement médical? Les inhalothérapeutes vont recevoir une prescription pour effectuer le test, la lecture va être faite par un médecin spécialiste. Ça, c'est indéniable. Et suite à la prescription, c'est là que le suivi va se faire, après l'achat de l'appareillage, et tout ça.

**M. Barrette :** La craque dans le plancher, là, le patient peut-il tomber en...

**M. Vachon (Jocelyn) :** Pour le suivi? Suite à un résultat de test...

**M. Barrette :** Oui. Bien, les deux, parce que vous travaillez ensemble, là, vous avez quand même une grande collaboration. Les inhalothérapeutes et les pneumologues, là, vous êtes très, très...

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Je vous dirais que c'est arrivé que le patient tombe dans les craques du plancher, là. Ça, c'est arrivé. Est-ce que le projet de loi va adresser ça, bien...

**M. Vachon (Jocelyn) :** C'est la raison pourquoi qu'on demande que le suivi soit inclus dans la définition.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** C'est pour ça qu'on parle de service, et quand vous dites...

**Le Président (M. Merlini) :** Merci pour ce bloc d'échange.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Dans le projet de loi, on parle de directeurs également...

**Le Président (M. Merlini) :** Malheureusement, je dois mettre fin à ce bloc d'échange et aller vers l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 9 min 36 s.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup. Je peux vous donner quelques secondes peut-être pour compléter votre réponse si vous voulez, Me Prud'Homme...

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Pas maître, mais Mme Prud'Homme.

**Mme Lamarre :** Madame, d'accord, parce qu'on avait... D'accord, madame. Excusez-moi.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Je ne ferai pas de l'usurpation de titre ici. C'est mal placé, mais... Donc, ce que je disais, c'est que, oui, ça peut arriver qu'un patient tombe dans les craques du plancher. Ce qu'on croit, par ailleurs... En fait, je pense que le projet de loi prévoit un directeur puis un directeur médical, de ce qu'on comprend. Est-ce que ça va éviter ça? On le souhaite parce que vous avez raison. Mais, de toute façon, l'inhalothérapeute ne travaille jamais sans une prescription médicale, que ce soit pour l'examen et que ce soit pour l'ajustement de l'appareil et le suivi clinique.

Alors, dès l'instant où un patient arrive avec une ordonnance d'un médecin, le médecin a prescrit, par exemple, la pression que l'inhalothérapeute doit ajuster, bien, l'inhalo, nous, dans nos normes, doit faire un suivi clinique de ce patient-là. Il ne peut pas juste ajuster l'appareil puis dire : Bien, bonjour, on se reverra dans... jamais. Alors, il faut qu'il y ait un suivi, et le patient devrait être suivi par le médecin. D'ailleurs, dans le guide du Collège des médecins, on fait référence à ça, que le patient devrait retourner voir son médecin sur une base régulière pour s'assurer la compliance, pour s'assurer de la bonne réponse au traitement.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup. Alors, écoutez, moi, j'essaie de voir l'enjeu, bien sûr, de la protection, la sécurité, des bons standards. Je pense que le projet de loi voit bien à ça, mais on a une réalité, le problème d'apnée du sommeil touche — je regarde votre document que vous avez fait avec le Collège des médecins en collaboration avec l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes — c'est 5 % de la population, 400 000 Québécois qui sont probablement atteints de ce problème avec des conséquences : hypertension, dépression, fibrillation auriculaire, accident de la route, accident du travail. Il y a un besoin qu'on doit combler pour la population du Québec actuellement et il faut le faire correctement, mais je pense qu'il faut faire attention aux barrières qu'on impose, qui font que, finalement, on prive des gens de services qui sont quand même déterminants sur leur santé également.

Alors, ce que vous proposez, puis je reviens encore à la distinction pour que la population nous comprenne bien, parce qu'il y a beaucoup de gens qui écoutent, tantôt, le ministre faisait référence aux podiatres... dans le cas de l'apnée du sommeil, il y a toujours, dans le processus entre la première rencontre du patient, un pneumologue qui interprète les résultats et qui rédige l'ordonnance. Vous me le confirmez? C'est bien comme ça que ça se passe?

**M. Vachon (Jocelyn) :** ...un médecin spécialiste en sommeil qui va faire la lecture des mesures et qui va interpréter les résultats pour ensuite, comme vous dites, prescrire au patient, soit... puis ça peut être un CPAP comme ça peut être autre chose, O.K., mais c'est lui qui va vraiment décider du traitement qu'il veut entreprendre avec son patient.

**Mme Lamarre :** Donc, la notion de conflit d'intérêts, elle est quand même balisée par le fait qu'il y a un autre professionnel qu'un inhalothérapeute, qu'il y a un médecin, souvent un spécialiste, qui va faire une ordonnance, et ce qui revient comme responsabilité à l'inhalothérapeute, c'est d'assurer l'exécution appropriée de cette ordonnance-là et, comme vous le dites très bien, le suivi, la disponibilité à ce niveau-là. Donc, ça, je pense que c'est vraiment votre mission, à l'ordre, de faire cette distinction-là.

Maintenant, quand vous dites, actuellement, qu'il y a 60 installations privées et 11 qui sont propriétés d'inhalothérapeutes, on comprend que même quand les inhalothérapeutes sont propriétaires, c'est encore toujours un pneumologue ou un autre professionnel médical qui interprète le test et qui rédige l'ordonnance, jamais l'inhalo n'a accès à tout le processus lui-même. Donc, il y a toujours cette balise, là, ce mécanisme de sécurité. Donc, dans les 49 autres cliniques, qui sont les propriétaires?

**Mme Prud'Homme (Josée) :** En fait, bon, on connaît Biron, hein, eux détiennent beaucoup d'installations, et ce n'est pas des inhalothérapeutes qui sont propriétaires, et ce n'est pas non plus des médecins. Donc, c'est des gens d'affaires qui possèdent cette compagnie-là et, évidemment, ils ont au sein de... On prend cet exemple-là, là, mais on pourrait en prendre d'autres, c'est la plus connue. Donc, Biron a des inhalothérapeutes, des technologues en électrophysiologie médicale et un directeur médical qui est un pneumologue. Donc, c'est l'encadrement de cette clinique. Alors, ça, c'est des modèles qui sont quand même relativement répandus.

• (11 h 40) •

**Mme Lamarre :** Et, dans le modèle des inhalothérapeutes qui sont propriétaires, est-ce que vous considérez qu'un inhalothérapeute pourrait être un directeur? Parce que la loi prévoit directeur ou directeur médical, est-ce que vous pensez qu'un inhalothérapeute pourrait être directeur? Il serait soumis à votre inspection.

**M. Vachon (Jocelyn) :** Ça ne pourrait pas être un directeur médical, qu'il soit... Il faut vraiment faire la distinction entre propriétaire versus directeur médical selon nous, O.K., surtout pour les installations primaires. S'il y a des points de service, qu'il y ait un directeur adjoint qui ne soit pas nécessairement un directeur médical, mais qui serait quand même une personne qui est spécialisée, un professionnel spécialisé dans le domaine, donc qui détient les compétences suffisantes, suffisamment d'expérience, on ne voit pas d'objection. Mais la place d'un directeur médical n'est pas problématique pour nous pour, justement, encadrer la qualité des services et des examens qui sont dispensés aux bénéficiaires, aux clients.

**Mme Lamarre :** Donc, vous voyez que ce directeur aurait la responsabilité de garantir les installations, la qualité des installations?

**M. Vachon (Jocelyn) :** Installations, interprétation des tests, etc.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Qualité, parce que nous... En fait, en complément de ça, ce que je peux vous dire, c'est que nous, quand on va en inspection professionnelle, on regarde les tests qui sont faits par les inhalothérapeutes, on regarde ce qu'ils transfèrent au médecin, est-ce que ça a été fait selon les normes reconnues de l'American Society, on analyse tout ça. Alors, on fait comme l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes... Ils ont l'obligation de faire des contrôles qualité des appareils qu'ils utilisent. Et c'est certain qu'un directeur médical, c'est un encadrement beaucoup plus global que nous voyons qui lui serait confié. Alors, on n'a pas du tout, aucun malaise à ce qu'il y ait une obligation d'un directeur médical. En ce qui concerne, comme M. Vachon le dit, les directeurs adjoints, à ce moment-là il faudrait quand même prévoir que ce soient des professionnels qui connaissent quand même le domaine.

**Mme Lamarre :** Des professionnels au sens...

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Du Code des professions.

**Mme Lamarre :** ...qui seraient supervisés par un ordre professionnel.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Voilà.

**Mme Lamarre :** Exactement. Et donc il faudrait qu'ils puissent être inspectés, donc il faudrait que les ordres concernés puissent en être informés et assurer l'inspection. Excellent.

Alors, dans votre contexte, il y a quand même d'autres précédents, là. Les optométristes, les dentistes peuvent aussi prescrire et exécuter, là, certains tests, et, dans votre cas, vous avez vraiment un autre professionnel en plus, qui est le pneumologue, entre les deux. Vous dites que vous faites cinq visites par année, donc cinq installations, à peu près, que vous visitez par année?

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Cinq installations, oui, par année.

**Mme Lamarre :** Donc, sur les 60... Parce que vous visitez aussi les installations, Biron, par exemple, c'est sous votre autorité. Et donc ça en fait quand même 60, ça ne vous prendra pas 12 ans à tous les voir.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Vous avez raison. C'est pour ça qu'on a modifié notre façon de faire. En fait, à partir d'avril 2017, nous avons un peu modifié notre façon de faire une inspection. Alors, maintenant, il y a beaucoup d'autoévaluation qui se fait, et, à partir des autoévaluations, on décide d'aller en inspection professionnelle, de sorte que notre objectif dans les prochaines années, c'est qu'aux cinq ans tous les inhalothérapeutes, que ce soit dans les laboratoires de sommeil ou dans les milieux hospitaliers, soient obligés d'au moins compléter cette autoévaluation-là, et nous, on va continuer à inspecter un certain nombre d'entre eux. Donc, on va avoir des inspections à deux niveaux : une autoévaluation et la visite d'inspection professionnelle en plus. Donc, il va y avoir comme un double... et là on va être en pilote, là, 2017-2018 pour vérifier est-ce qu'il y a des avantages à faire ça, finalement. On aimerait bien les visiter tous aux cinq ans.

**Mme Lamarre :** Sans vouloir influencer vos choix, mais il reste que, dans les établissements, il y a quand même d'autres mécanismes de supervision, de contrôle, mais les installations hors établissement, surtout quand on fait appel à une pratique qui est plus innovatrice, là, comme celle qu'on voit surgir, je pense qu'il y a vraiment beaucoup de besoins de votre côté à ce niveau-là.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Prenons Biron, par exemple, qui ont plusieurs installations, c'est le même standard qui est appliqué, hein? Donc, on est dans des contrôles qualité qui sont, dans les faits, uniformes. Et on l'a observé parce qu'allez visiter Biron ou Somnos, à Granby, je crois, où je sais qu'on est allés récemment, ils ont les mêmes standards, le même directeur médical. Alors, même si on ne va pas visiter toutes les installations de Biron, ou de Somnos, ou de la Clinique de santé respiratoire des Sommets, par exemple, bien, il y a une certaine assurance d'uniformité et d'harmonisation, et ça, quand même, c'est quelque chose qui nous rassure.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme Prud'homme. Ça termine ce bloc d'échange avec Mme la députée de Taillon. Maintenant, au deuxième groupe d'opposition, le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de 6 min 24 s.

**M. Picard :** Merci. Là, si on poursuit là-dessus, je comprends que lorsque vous allez, je vais me prendre entre guillemets, vérifier différents lieux, vous regardez la procédure. Vous ne rentrez pas dans des cas précis pour voir si pour tout a été suivi.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Oui, on regarde des cas précis. En fait, ce qu'on fait, c'est qu'on regarde à partir de l'examen. Quand la clinique fait l'examen et le suivi, la vente et le suivi, on regarde tout le processus.

**M. Picard** : Donc, pourquoi vous disiez tout à l'heure : Les deux firmes ont le même directeur, donc ça va plus vite. C'est ce que j'ai décodé de vos propos en disant...

**Mme Prud'Homme (Josée)** : Ce n'est pas que ça va plus vite, c'est que c'est des standards qui sont propres à l'entité, et chaque installation doit respecter ces standards.

**M. Picard** : Mais vous validez, c'est ça.

**Mme Prud'Homme (Josée)** : Et nous, on valide. On valide ça.

**M. Picard** : O.K. C'est bon. Je vais vous amener sur un point où vous parlez de l'accès au DSQ. Je comprends que, dans certains établissements, les inhalos ont accès au DSQ. Auparavant, est-ce que vous... Non?

**Mme Prud'Homme (Josée)** : Les inhalothérapeutes n'ont pas accès au DSQ. Les inhalothérapeutes ont accès au dossier électronique quand il y en a un dans les hôpitaux, mais je veux dire...

**M. Picard** : Ils ont accès aux données, je vais le dire comme ça. Ils ont accès à certaines données par un autre qui s'appelle le patient informatisé, là.

**M. Vachon (Jocelyn)** : Oui, oui, le dossier du patient informatisé.

**M. Picard** : C'est ça. Moi, pour moi, là, que...

**M. Vachon (Jocelyn)** : Mais pas au DSQ.

**M. Picard** : O.K. Pas au DSQ, mais non, c'est plus qu'ils ont accès aux données qu'ils ont besoin. Tantôt, je ne sais pas si j'ai mal saisi, mais il me semble que, monsieur, vous avez dit qu'auparavant vous aviez accès. Est-ce que j'ai mal saisi ou vous n'avez jamais, jamais eu accès dans les dossiers papier ou...

**M. Vachon (Jocelyn)** : Bien, c'est parce qu'au DSQ on n'a eu jamais accès, O.K., depuis sa création. Mais, auparavant, on avait accès au dossier informatisé des patients, exactement. Ça, il n'y avait pas de problème.

Mais, avec la fusion des différents centres, tout ça, à un moment donné, c'est surtout la pratique au niveau des soins à domicile qui devient difficile. O.K.? Parce que la problématique au niveau de l'hôpital, si on peut dire, de la pratique de l'inhalothérapeute, on a le dossier patient informatisé, ce qui va très bien pour avoir accès et faire les suivis de nos patients pour, justement, faire les ajustements de médication ou autres. Mais, quand on arrive en soins à domicile, ou encore si on travaille en privé, ou quoi que ce soit et qu'on veut effectuer le suivi du patient, ça devient beaucoup plus difficile parce que, justement, on n'a pas accès à la liste de médicaments.

**Mme Prud'Homme (Josée)** : Au DSQ.

**M. Vachon (Jocelyn)** : On n'a pas accès au DSQ. On ne peut pas voir les médicaments, on ne peut pas voir les rapports d'analyse de laboratoire, les résultats d'une radiographie. Ça fait que ça...

**M. Picard** : Je suppose que ce n'est pas la première fois que vous faites la demande. Je suppose que vous avez eu des discussions avec les gens du ministère.

**M. Vachon (Jocelyn)** : Moi, je vous dirais que la présidente avant moi avait déjà rencontré et écrit aussi sur le sujet pour que les inhalothérapeutes puissent avoir accès au DSQ.

**M. Picard** : C'est quoi, les arguments du ministère pour refuser?

**Mme Prud'Homme (Josée)** : Écoutez, je pense que ce qu'on s'est fait dire, c'est qu'on profiterait de l'ouverture... que ça viendrait éventuellement. C'est la réponse qu'on a eue jusqu'à maintenant. Alors, nous, on se dit : Bien, tant qu'à ouvrir... Actuellement le p.l. n° 118 ouvre ça, alors on se disait : Est-ce qu'il n'y a pas une opportunité? Mais là ce qu'on a compris du ministre, ça n'arrivera peut-être pas ici, dans le projet de loi n° 118. Mais je pense qu'il faut y songer de façon...  
• (11 h 50) •

**M. Picard** : Merci. Vous indiquez aussi que, pour vous assurer... pour, non, sécuriser le plus possible les discussions, les tractations entre les patients concernant les machines pour l'apnée du sommeil, vous dites : Bien, on va exiger qu'ils remettent au moins l'ordonnance. C'est un voeu, c'est un voeu. Si je fais le parallèle avec lorsqu'on passe un examen de la vue, là, je n'ai pas les statistiques, mais ça doit être à 99 %, là, que les gens vont acheter là quand même, là. Dans vos discussions, avez-vous trouvé... Là, je comprends, c'est votre position, vous ne voulez pas empêcher la vente non plus.

Il y avait-il d'autres pistes de solution que vous avez peut-être discutées puis que vous n'avez pas retenues? Parce que, pour moi, ça, c'est un voeu, là, parce que, comme je vous dis, à 99 %, là, les gens vont acheter la machine où ils ont eu le test, là.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Bien, en fait, les optométristes ont une obligation déontologique de remettre l'ordonnance, hein, dans leur code de déonto. Le Collège des médecins, quant à eux, ils ont une disposition qui prévoit que le médecin doit s'abstenir de louer ou de vendre des appareils puis que le médecin doit respecter le libre choix du patient, mais pas nommément de donner son ordonnance. Mais quoiqu'il la donne, le médecin la donne, son ordonnance, tout le temps. Le problème, c'est que, dans un centre, ce qu'on ne voudrait pas voir, c'est que le patient soit pris en otage. Je fais ton examen, il est interprété à l'intérieur par un pneumologue ou un médecin spécialiste en sommeil dans notre centre, puis nous, on vend en plus l'appareil, puis ton ordonnance, on ne te la donne pas. Tu sais, c'est un peu ça, là, qui est visé.

**M. Picard :** Je comprends votre solution. Je la questionne, mais je n'ai pas de solution non plus, là, parce que... Je vous comprends très bien.

**Mme Prud'Homme (Josée) :** Un monde parfait n'existe pas.

**M. Picard :** Exact. Bon, bien, je vous remercie. Merci pour vos commentaires et votre mémoire. Merci.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. M. Jocelyn Vachon, Mme Josée Prud'homme, de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, merci de votre présence et votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends donc les travaux quelques instants et j'invite notre prochain intervenant à prendre place. Les travaux sont suspendus.

*(Suspension de la séance à 11 h 52)*

*(Reprise à 11 h 54)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux. Il me fait plaisir d'accueillir M. Mathieu Boilard des laboratoires Nasci Biologie médicale inc.. Vous allez nous présenter également la personne qui vous accompagne. Vous disposez d'un temps de 10 minutes pour votre exposé, et ensuite suivront les échanges avec les membres de la commission. Bienvenue à la commission.

#### **M. Mathieu Boilard et Mme Lyne Massicotte**

**M. Boilard (Mathieu) :** Merci beaucoup. La personne qui m'accompagne, c'est Lyne Massicotte, Dre Lyne Massicotte. Toujours un peu bizarre de l'appeler docteur, pour moi, c'est ma conjointe et associée en affaires.

Je vais commencer tout de suite avec la présentation qui devrait durer entre sept et huit minutes. Donc, bonjour à tous. Lyne et moi sommes très reconnaissants envers vous tous d'avoir la chance de présenter notre point de vue sur le projet de loi n° 118. Le document nous est apparu comme du travail bien fait, un document sur lequel il valait la peine de mettre de l'énergie pour arriver au meilleur résultat final possible. C'est donc avec enthousiasme et un brin de nervosité que nous nous sommes soumis à l'exercice d'écrire notre mémoire et venir vous rencontrer pour le présenter.

Notre oeil est peut-être substantiellement différent de ce que vous aurez trouvé dans d'autres mémoires, déjà que le Québec a un pourcentage d'entrepreneur plus faible que d'autres provinces, que démarrer son entreprise à 34 ans, c'est rare. Déjà que les scientifiques sont rares, que les biochimistes cliniques sont encore plus rares, trouver un biologiste associé à une biochimiste clinique qui démarre leur laboratoire médical privé dans la trentaine est, disons, pas très commun. Donc, on se doute bien que notre oeil sur la situation sera différent, mais je propose d'essayer d'en tirer avantage. Vous aurez donc le point de vue de scientifique professionnel et d'entrepreneur.

Ce point de vue s'est forgé à partir de plusieurs choses. Premièrement, il s'est forgé à partir d'une expérience extrêmement exigeante, celle de la fondation, de la construction et de la rentabilisation de notre entreprise Nasci Biologie médicale. De tout ce que nous avons fait dans notre vie bien remplie, ce projet est sans nul doute le défi le plus difficile que nous ayons réalisé.

Ce défi nous a permis d'observer et de constater plusieurs choses. Il nous a permis de prendre connaissance du modèle d'affaires de plusieurs laboratoires médicaux privés au Québec. Il nous a permis de prendre conscience des différents champs d'activité qui gravitent autour d'un laboratoire médical. Il nous a permis de constater une grande hétérogénéité dans la position que prennent les médecins par rapport aux entreprises que sont les laboratoires médicaux privés, mais aussi dans leur définition de ce qui constitue un comportement éthiquement ou moralement acceptable dans leurs relations avec les laboratoires médicaux privés. Il nous a aussi permis de constater à quel point le marché est étranglé par le fait que les services de laboratoire sont couverts à 100 % par la RAMQ lorsque les tests sont effectués au public, mais à la hauteur de 0 \$ lorsqu'ils sont effectués au privé.

Cependant, le point de vue que nous avons exprimé dans le mémoire s'est aussi forgé à partir d'opinions tirées de discussions avec de nombreux membres de nos familles et amis qui sont eux-mêmes des professionnels ayant travaillé pour l'État québécois, ou ayant fondé leur entreprise, ou, dans bien des cas, les deux. Parmi eux, des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes, pathologistes, cardiologues, gynécologues, etc., des pharmaciens, propriétaires ou non, des infirmières, des technologues médicaux, mais aussi des gens souvent confrontés aux questions d'éthique professionnelle au quotidien, comme des ingénieurs à leur compte, des ingénieurs du ministère des Transports, des avocats, des policiers enquêteurs.

Nous sommes chanceux d'avoir pu compter sur leur vision des choses et nous sommes heureux de pouvoir partager les résultats de notre réflexion avec eux avec vous. Ces discussions nous ont permis de réaliser que les tests de laboratoire constituent un acte professionnel comme une consultation d'avocat ou le travail d'un pharmacien. Par conséquent, il doit, surtout s'il est vendu par une entreprise privée, s'effectuer avec des règles simples, facilement compréhensibles de la clientèle. Il doit être exercé dans un marché où règne une saine compétition commerciale et où la responsabilité des actes est assurée par les professionnels ayant les compétences pour livrer la marchandise et en assurer la qualité de A à Z.

Notre point de vue s'est aussi construit à partir de discussions avec d'autres entrepreneurs dans différents secteurs et aussi des acteurs du système de santé dans d'autres provinces et pays. Toutes ces discussions nous ont permis de constater que le Québec est dans une excellente position pour avoir un système de laboratoires médicaux alliant les forces du public et du privé, qui soit le plus près de l'idéal qu'on puisse souhaiter.

Quelle est cette position enviable? Eh bien, c'est une position, au Québec, où il existe déjà des spécialistes de laboratoire dont les compétences sont reconnues et encadrées par les ordres professionnels. On a ça au Québec. Une position où il existe déjà un organisme réglementaire qui est responsable d'évaluer la qualité des laboratoires médicaux et de délivrer des permis d'exercice. Ça aussi, on a ça au Québec. Une position où il y a une expertise et une offre de service à la fois au public et au privé. Le premier, le public, permettant d'établir un standard minimum en dessous duquel une entreprise ne peut descendre sans risquer de faire faillite, tant au niveau de la qualité des analyses de service et même des prix. L'offre au public sert comme contrôle en dessous duquel, si on veut rester en affaires, on n'a pas le choix de fournir la même qualité.

Le chemin qu'il reste à faire, selon nous, est décrit dans notre mémoire. La première chose dont on parle est de desserrer le noeud qui étrangle l'entrepreneuriat dans ce secteur d'activité et qui est causé par la dichotomie de couverture d'assurance entre le public et le privé. Selon nous, dans le même élan, il faut s'assurer que les acteurs du système de santé, médecins, infirmières, puissent expliquer aux patients la nature du choix qu'ils ont. Nous préconisons que le laboratoire médical occupe sa propre niche, comme tous les autres professionnels de la santé et même ailleurs.

• (12 heures) •

Dans cette optique, la deuxième chose dont on discute dans le mémoire est la nécessité que les tests de laboratoire soient exclusivement vendus par le laboratoire médical, que toutes les étapes préanalytiques, analytiques et postanalytiques soient couvertes par le permis de laboratoire et que, si l'analyse est vendue au privé, qu'elle ne soit pas vendue par le médecin qui effectue la requête. Autrement dit, il faut que le prescripteur soit dénué d'intérêts monétaires, comme quand il requiert un médicament, une prothèse ou autre, évitant ainsi tout conflit d'intérêts.

Ce sont, selon nous, les deux points majeurs à adresser pour que les choses aillent bien dans les années à venir, pour que le marché des analyses médicales soit un marché sain, pour que les Québécois profitent des experts qui sortent du système d'éducation, pour que les politiques de stimulation de l'entrepreneuriat que met de l'avant le gouvernement du Québec aient du succès, pour créer une économie du savoir qui va permettre de faire entrer de l'argent neuf au Québec.

Certains points particuliers nous inquiètent, comme la nécessité d'obtenir l'agrément. On pourrait argumenter que les laboratoires publics s'y soumettent, mais les laboratoires publics n'ont pas d'inspection du LSPQ. Pour les laboratoires privés, une inspection du LSPQ et une de l'agrément sont redondantes. Nous sommes en discussion présentement avec l'agrément, et, selon eux, une petite entreprise de la taille de Nasci ne peut être agréée. Nous sommes actifs depuis plus de cinq ans, donc le trois ans mentionné dans la loi ne s'appliquerait pas à une situation comme la nôtre. Nous reconnaissons quand même que, dans le cas d'une grande entreprise, l'agrément puisse être d'un grand intérêt.

Autre point particulier, il semble y avoir une volonté du ministère d'exiger que les actionnaires soient les spécialistes dans un souci d'assurer la qualité. Très franchement, le lien nous apparaît difficile à faire dans un contexte où le directeur du laboratoire est la personne compétente et dans un contexte où il se soumet aux inspections du LSPQ et relève de son ordre professionnel. De plus, une telle mesure limiterait l'entrepreneuriat par des scientifiques innovants qui ont beaucoup à apporter. Nous serons prêts à en discuter ici même et également après notre rencontre d'aujourd'hui si nos élus en sentent le besoin. Merci encore infiniment pour votre temps, votre attention, vos questions, votre dévouement et votre ouverture.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Boilard, pour cet exposé. Vous aviez raison, ça a été 7 minutes exactement. Alors, nous allons débiter maintenant les échanges avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre, vous disposez d'un bloc de 16 minutes. La parole est à vous.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Boilard, Dre Massicotte — c'est Massicotte, hein, je ne me trompe pas? — bienvenue. Et c'est très intéressant de vous avoir aujourd'hui parce que c'est le principe de la montagne, il y a deux versants. Alors, vous venez nous parler du versant privé, tout en invoquant la possibilité d'être dans le public, dans votre propos. Alors moi, j'aimerais juste, pour qu'on puisse avoir un échange constructif, bien comprendre votre situation actuelle. Vous êtes un laboratoire qui fait quoi exactement? Vous n'êtes pas dans les laboratoires de sommeil, là, vous, vous êtes dans la biochimie, ces affaires-là, là.

**M. Boilard (Mathieu) :** En fait, le laboratoire médical qu'on opère, c'est une petite compagnie, donc c'est une société par actions, et puis les deux actionnaires sont Lyne et moi. Lyne occupe le poste de directeur médical du laboratoire, comme biochimiste clinique, puis la licence qu'on a pour opérer nos analyses médicales, c'est celle de biochimie, la seule que Lyne peut honorer comme directeur médical. Donc, les analyses qu'on effectue sont des analyses de nature biochimique sur des échantillons. Donc, on obtient des requêtes des médecins. Quand les patients se présentent avec leurs requêtes, on fait les tests et puis voilà.

**M. Barrette** : C'est de la biochimie. Excellent.

**M. Boilard (Mathieu)** : Oui.

**M. Barrette** : Donc, de ce côté-là, vous m'avez étonné quand vous avez dit que l'organisme, allègrement, dit que vous étiez trop petits pour être agréés.

**Mme Massicotte (Lyne)** : Ils sont partis à rire quand j'ai dit que... On a reçu notre renouvellement de permis, puis il y avait des questions sur est-ce que vous êtes en processus d'agrément, est-ce que vous êtes agréés, puis tout ça. J'ai vu où ça s'en allait, puis là j'ai fait... Bon, moi, dans ma tête, ce que j'ai remarqué, j'ai dit : C'est sûr que moi, dans l'avenir, si on grossit, c'est un objectif de qualité que je veux atteindre. Mais j'ai dit : À deux, l'agrément, j'ai dit, est-ce que c'est possible? Puis j'ai appelé Agrément Canada pour leur demander, et leur réaction a été de partir à rire.

**M. Barrette** : Je comprends. Ça veut dire que votre entreprise, c'est vous deux, vous n'avez pas d'employés?

**Mme Massicotte (Lyne)** : Non, on n'a pas d'employés.

**M. Boilard (Mathieu)** : On est seulement deux dans le labo.

**M. Barrette** : O.K. Vous êtes la multinationale et vous êtes les deux nations.

**M. Boilard (Mathieu)** : Oui. En fait, c'est simple, là, le président sort ses poubelles, pour faire une image directe, là.

**M. Barrette** : C'est correct, je comprends. Et là, aujourd'hui, là, vous, là, vous nous dites... En fait, quand j'écoute votre propos, ce que vous nous dites, là, aujourd'hui, vous venez nous dire que vous êtes prêts à participer au réseau, puis c'est un peu l'expression de votre déception que vous venez exprimer parce que vous ne participez pas au réseau, là. Vous voudriez vous développer, mais vous n'avez pas assez de marché parce que vous avez juste le privé.

**M. Boilard (Mathieu)** : En fait, qu'est-ce qui se passe, c'est que, quand on démarre une entreprise, une chose qui est très difficile, c'est d'obtenir ses premières ventes, hein? Donc, qu'est-ce qu'on essaie de faire, dans le fond, c'est de trouver des ventes, trouver des gens qui vont faire confiance à notre entreprise. Voilà.

Qu'est-ce qui se passe, c'est qu'en ayant une offre de services au public qui est gratuite, ça met une pression extrêmement importante sur les laboratoires médicaux pour développer des moyens d'attirer la clientèle, puis, à un moment donné, je pense que ça a fini par causer des réactions du marché qui sont malsaines. Le marché, on appelle ça... Moi, en tout cas, je fais une image en disant qu'il est étranglé. Autrement dit, quand le patient a le choix entre aller effectuer une analyse gratuitement au public ou d'aller voir vers un laboratoire privé où il va défrayer tous les frais de sa poche, c'est très, très difficile pour l'entrepreneur d'en venir à convaincre son client de faire ça.

Puis, pour reprendre le terme que vous avez utilisé vous-mêmes, le mot «déception», je vous avouerais qu'effectivement il y a une forme de déception en moi du fait qu'on ait fait toutes les démarches qu'on a faites au point de vue éducation, développement d'expertises puis tout ça, pour faire en sorte qu'en bout de ligne on a une expertise à offrir, mais que le fait que la RAMQ n'offre aucune forme de couverture on voit ça un peu comme un désaveu. On se dit : Où s'en va le système? Si on a une expertise particulière à offrir dans un système comme ça, si la RAMQ pouvait alléger le fardeau du Québécois à aller vers cette expertise-là, il me semble que ce serait un exercice logique à quelque part. Et tout ça, en étant conscient du fait qu'il y a une offre au public, déjà, donc, qui fait en sorte qu'on ne peut pas se mettre à faire exploser des coûts à ne plus finir, là, je pense que ça serait probablement un exercice sain, là.

**M. Barrette** : Bien, moi, si vous me permettez le commentaire, là, qui se veut bien neutre, je veux simplement vous dire que, dans le public, il n'y a rien de gratuit. C'est gratuit pour le patient, mais ce n'est définitivement pas gratuit. Et là arrive, évidemment, le comparatif du coût d'une entreprise qui n'est pas conventionnée, qui est privée, et la vôtre, et le public. Et là ce que vous souhaiteriez, c'est d'être un sous-traitant du réseau payé par le public.

**M. Boilard (Mathieu)** : Je ne le vois pas comme ça.

**M. Barrette** : Non?

**M. Boilard (Mathieu)** : Ce que je verrais, par exemple, c'est... Je vais tenter de faire une image pour simplifier mon point. Moi, j'ai deux enfants qui sont dans le système d'éducation public puis j'en un qui est au privé. L'école privée où est mon fils obtient des subventions, mais je vois cette subvention-là comme la juste part que mon fils a droit, comme Québécois, d'obtenir accès à un service d'éducation. Nous autres, on fait beaucoup d'analyses, par exemple, de spermogrammes en postvasectomie. Si, par exemple, là, je ne sais pas, moi, les coûts... ou la facture pour un non-assuré à l'hôpital pour un spermogramme postvasectomie, c'est 24 piastres, bien, je pense que, si un patient décide de ne pas aller profiter de ce service-là dans le réseau public, il devrait pouvoir mettre la main sur le 24 piastres à quelque part. Je ne sais pas si mon raisonnement est logique pour vous, là.

**M. Barrette :** Je comprends très bien votre raisonnement, puisqu'il m'a déjà été soumis dans le passé, dans cet exemple-là spécifique où vous avez eu à débattre là-dessus, là, je pense, avec certains professionnels qui sont dans ce secteur-là. Mais là n'est pas l'enjeu. Mais, pour revenir à votre position, là, vous, actuellement, là, vous êtes dans un environnement privé au sens pur du terme, en ce sens que vous êtes dans un marché, vous avez des compétiteurs, et vous considérez que vous avez de la difficulté à développer vos affaires, dit dans le bon sens du terme, là, tu sais, pas vos affaires, votre compagnie, mais votre clientèle, votre marché. Vous avez une difficulté parce qu'il y a beaucoup de compétition. On les connaît, là, les grandes compagnies de ce monde, Biron, et ainsi de suite, là. Alors là, vous êtes en compétition avec ces gens-là. Ce n'est pas facile dans cet environnement-là, surtout quand on part. Alors vous, je ne sais pas ça fait combien de temps que vous êtes en affaires, là, mais...

**M. Boilard (Mathieu) :** Cinq ans.

**Une voix :** Ça fait cinq ans.

**M. Barrette :** Cinq ans. Alors, c'est un environnement qui est pour le moins très compétitif. Vous souhaiteriez avoir accès à une clientèle qui viendrait du public, dans une certaine mesure.

**M. Boilard (Mathieu) :** Je vous dirais que, présentement, la compagnie est rentable, puis nos plus gros clients ne sont pas au Québec, nos plus gros clients sont en Ontario, à Scottsdale, en Arizona. Et puis on trouve ça regrettable d'en être rendus à cette position-là puis d'avoir dû passer à travers ces difficultés-là. Puis, pour nous autres, probablement que, si vous changez la loi demain matin, il risque d'avoir plus de clientèle, mais notre entreprise ne mourra pas, même si on ne le faisait pas. On a dépassé cette étape-là présentement. Mais pour, disons...

**M. Barrette :** Alors, la loi, est-ce qu'elle vous impose un fardeau qui met en péril, par exemple, votre opération?

**M. Boilard (Mathieu) :** Présentement, non. Présentement, non. Autrement dit, ce que vous me dites, ce que vous me posez comme question, si j'ai bien compris, c'est : Est-ce que, par exemple, si l'État déciderait de ne pas couvrir par la RAMQ les tests médicaux... est-ce que votre entreprise serait en péril? La réponse, c'est non.

**M. Barrette :** Non, ce n'est pas ça. Je m'excuse, je me suis mal exprimé. Le projet de loi n° 118, la loi actuelle, le projet de loi qu'on étudie aujourd'hui, là, le fait d'avoir un permis, le directeur médical, et ainsi de suite, là, tous les éléments qui sont dans le projet de loi actuel, est-ce que ça met en péril votre entreprise?

• (12 h 10) •

**M. Boilard (Mathieu) :** Présentement, un des aspects qui met notre entreprise en péril, c'est l'aspect de l'agrément. Si, par exemple, demain matin, vous débarquez chez nous puis vous me dites : Il faut que tu sois agréé, je ne sais pas comment on y arriverait, on est trop petits pour faire face à ça.

**M. Barrette :** Sauf l'organisme d'agrément, d'accréditation, lui, il n'aura pas le choix de considérer cette demande-là, là. Ils peuvent bien rire quand vous appelez, mais il ne reste pas moins que leur fonction dans la vie, c'est de faire de l'agrément...

**Mme Massicotte (Lyne) :** Je vais répondre à cette question-là. Moi, ce que j'ai demandé à l'agrément... Parce que c'est sûr que, quand on fait... Ça fait deux fois que je me fais inspecter par le LSPQ, puis les normes qui sont demandées par le LSPQ ressemblent étrangement à celles qu'on retrouve dans l'agrément, et ils ont comme... Le LSPQ a comme fait ressortir qu'est-ce qui peut être applicable pour une petite entreprise comme la nôtre, puis moi, j'ai dit : Bien, peut-être qu'on pourrait faire la même affaire avec l'agrément. J'ai dit : Madame, si à peu près 50 % des normes peuvent être applicables pour nous, est-ce qu'on peut être évalués sur le 50 %? Puis il m'a dit que ça ne marchait pas comme ça. Ça fait que, là, je sais que ça va être un travail à faire avec eux, c'est peut-être... Je pense que, peut-être, on est tout seuls à être dans cette situation-là, mais c'est juste, tu sais, dans le fond, peut-être avoir une certaine ouverture dans le projet de loi. Comme on l'a dit dans le mémoire, c'est que, dans le fond, c'est une mire d'atteindre les normes d'agrément, atteindre ce niveau de contrôle. Puis je le fais, hein, je veux dire, je les ai, les normes.

**M. Barrette :** ...qu'est-ce que ça va susciter, votre présence ici ce matin, c'est que probablement qu'au ministère on devra avoir une conversation avec les gens qui font l'agrément, là, pour... Parce que les gens qui font l'agrément, là, c'est ça, leur rôle dans la vie, ils sont supposés s'adapter eux autres aussi, là. Ce n'est pas le gouvernement, mais ça va susciter une conversation, on va dire ça comme ça.

Là, je veux aller à un autre endroit parce que le temps file, et là je ne sais pas comment ouverts vous allez être, là, mais vos réponses seront vos réponses. Vous êtes dans un environnement très compétitif, dans l'environnement de la biochimie. Donc, pour le commun des mortels, là, pour qu'on comprenne tous c'est quoi pour ceux qui ne le suivent pas, là, qui n'ont pas l'expérience, là, c'est la prise de sang. C'est ça, la biochimie, analyse d'urine, la prise de sang. C'est ça dont on parle majoritairement. Et on sait qu'il y a dans ce monde-là beaucoup de relations, on va dire ça comme ça, avec les demandeurs d'examen, particulièrement lorsque les fournisseurs sont privés. Pouvez-vous nous éclairer si vous vous sentez confortables pour le faire?

Puis là je vais être bien, bien clair, là. Je sais très bien que, dans certains cas, là, pour ce qui est de certains fournisseurs privés, il y a souvent des ententes ou une certaine forme de dirigisme, ou d'opportunisme, ou de quelconque

relation entre des demandeurs d'examen — et, dans le cas présent, évidemment, des médecins — et des fournisseurs de services privés qui ont un marché, demandent un prix. Puis là je vais tout de suite vous faire la parenthèse, là, c'est sûr que le prix qui est chargé au privé — je ne connais pas vos prix à vous — c'est pas mal loin de ce qu'on paie au public, mais ça donne de la marge pour avoir des arrangements sur le terrain. Pouvez-vous nous éclairer là-dessus?

**M. Boilard (Mathieu) :** On pourrait parler de ça pendant un avant-midi de temps, là. Moi, quand j'ai démarré mon entreprise, ça faisait quelques années, voilà cinq, six ans, sept ans, que j'avais terminé mon doctorat. Puis je suis un chercheur de métier, moi, ma job, c'est de faire de la biologie cellulaire. Et puis, quand on a démarré notre entreprise, en fait, quand on est devenu, j'ai envie de dire, des dirigeants d'entreprise — même si on fait toutes les tâches de l'entreprise, incluant laver le plancher, on a quand même le rôle de dirigeants d'entreprise — on a rencontré des acteurs dans le privé, puis les modèles d'affaires incluent souvent qu'il faut laisser une part au médecin qui fait la requête, là.

Autrement dit, il y a des ententes d'affaires qu'on n'a jamais pu faire avec des compétiteurs, autrement dit, en faire des collaborateurs, parce que les prix que, nous autres, il fallait charger pour être rentables, l'autre laboratoire qui a le réseau, par exemple, pour développer la part d'échantillons, les deux prix ensemble, ça faisait trop d'argent pour qu'on puisse en laisser aux médecins qui fassent la requête. Ça fait que les ententes tombaient. Donc, on n'a pas développé de telles ententes. Donc, on s'est retrouvés dans des situations où on a tombé sur le dos dans notre dossier en disant : Mais qu'est-ce que ça vient faire dans l'équation?, je ne comprends pas. Nous autres, ayant plusieurs amis qui sont pharmaciens, quand on leur parlait de ça, ils ne comprenaient rien non plus.

Donc, dans le domaine de la biochimie, des partenaires d'affaires nous ont expliqué que ce genre de chose là que vous avez expliqué existait, que ça nous empêchait d'avancer dans telle ou telle direction. On n'a jamais vu ça, on n'est pas des enquêteurs, on n'est pas... Moi, mon carnet de chèques est vide, là, je n'ai jamais fait un chèque à un médecin pour obtenir une prescription. Vous pouvez même regarder mon compte personnel si vous voulez, je m'en fous.

**M. Barrette :** Oui, mais on sait que, dans le monde des affaires, où il y a un vendeur, hein, c'est le principe de la personne qui a produit la vente, puis là il y a un échange, là, pour placer du produit, des choses comme ça. Ça existe, moi, à ma connaissance, là, ou ça s'est déjà vu, du moins, dans la rumeur qu'il y ait ce genre d'échange là.

**M. Boilard (Mathieu) :** Pour nous autres, de toute façon, la réponse est simple, là. Pour ne pas parler pendant un avant-midi, comme je le disais tantôt, là, je pense que le modèle correct — j'ai envie de dire, ma grand-mère dirait : Ça, ça a de l'allure, là — ce serait celui qui opère avec les pharmaciens présentement, là. C'est-à-dire qu'un médecin fait sa requête, et puis les labs, qu'ils soient au public ou privé, l'honorent, et puis ça finit là. J'ai vraiment beaucoup de difficultés à comprendre comment ça peut fonctionner autrement, là. Vous jouez aux échecs, peut-être? Moi, j'aime beaucoup tourner le jeu puis...

**M. Barrette :** ...vous entendez ce genre de chose là, par exemple?

**M. Boilard (Mathieu) :** Oui, oui. Et, écoutez, tout le monde nous l'a expliqué, là. Quand on était des pousses vertes, là, il y a cinq ans... On nous considère encore un peu des pousses vertes, là, mais, quand on était des pousses vertes, il y a cinq ans, ça a pris, je dirais, six semaines, un mois, six mois avant qu'on commence à tomber dans des situations comme ça. Puis des modèles complètement ouverts, là, je veux dire, il n'y a pas de cachette à faire, là, ça se passe pratiquement tout le temps, là. Ça fait que c'est très, très difficile pour nous autres, je veux dire, comme deux personnes honnêtes, de dire : Écoute, qu'est-ce qu'on fait avec ça? On n'a aucun pouvoir, on a une entreprise privée, on essaie d'agir correctement, mais...

**M. Barrette :** Je comprends. Ça veut dire que ça, là, cet échange-là, ça se voit chez les médecins et chez les pharmaciens parce que ce sont deux pourvoyeurs de tests chez le privé, là.

**M. Boilard (Mathieu) :** C'est-à-dire que moi, à ma connaissance, je vois le...

**M. Barrette :** ...pas de vous, mais ce que vous entendez, là. C'est ça que vous entendez, là.

**M. Boilard (Mathieu) :** À ma connaissance, je ne vois pas d'échange ou je n'ai pas d'évidence qui me démontre qu'il y a des liens entre des pharmaciens puis des médecins présentement. C'est pour ça que je verrais ce modèle-là d'interaction copié pour les laboratoires médicaux. Si un médecin fait une requête pour un médicament, il n'a pas d'intérêt dans la vente du médicament. S'il fait une requête pour un test de laboratoire, je ne comprends pas pourquoi il a des intérêts dans un test de laboratoire. Que ce soit sous forme d'«ownership» du lab, de ristourne, peu importe, là, je ne comprends pas qu'est-ce que ça vient faire dans l'histoire, là, et ça nuit énormément à l'entrepreneuriat dans ce domaine-là, là.

**Mme Massicotte (Lyne) :** Moi, j'ajouterais, tu sais, c'est comme...

**Le Président (M. Merlini) :** Oui, allez-y.

**Mme Massicotte (Lyne) :** Tous les professionnels ont leurs créneaux. Pourquoi nous, au laboratoire, il faut... Il y a des pharmacies qui vendent des tests de labo, il y a des cliniques médicales qui vendent des tests de labo. C'est sûr que, des fois, il y a des laboratoires privés qui sont dans les cliniques, puis ils vont facturer au nom de leurs laboratoires. Ça,

en théorie, c'est correct. Pour moi, c'est comme la pharmacie qui est à côté de la clinique. C'est-à-dire que le laboratoire doit louer un espace, comme la pharmacie loue un espace et vend ses propres tests de labo. Et la clinique offre un service aux clients qui passent, aux usagers : Vous pouvez faire vos tests de labo ici, on a un labo privé, ou vous pouvez aller au public. Ce serait, tu sais, vraiment l'idéal.

Tu sais, des fois, il y a des cliniques médicales qui, eux-mêmes, vendent le test de laboratoire, et après ils cherchent un sous-traitant. Mais la seule affaire qu'a faite la clinique pour retirer des... c'est d'offrir juste un service de prélèvement qui est vraiment plus dispendieux que le test lui-même. Ça fait que ça fait en sorte que toutes les exigences de qualité d'un laboratoire, bien, le budget est amputé pour ça. Puis, des fois, bien, pour arriver, bien, les laboratoires, je pense qu'ils n'ont pas le choix, pour payer leurs installations, puis tout ça, leurs employés, de peut-être aller vers ça. Je ne sais pas, mais moi, l'idéal, ce serait vraiment, tu sais, que, dans le fond, il y a juste un laboratoire qui a un permis qui peut émettre une facture.

**Le Président (M. Merlini) :** Je vous remercie. Ça met fin à ce bloc d'échange avec le ministre. Mme la députée de Taillon, vous avez un bloc de 9 min 36 s. À vous la parole.

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Alors, M. Boilard, Dr Massicotte, bienvenue. Je trouve que votre présentation, elle apporte d'autres dimensions, elle nous amène ailleurs. Et le projet de loi concerne aussi les centres de recherche, et ma compréhension, c'est qu'il y a une dimension recherche, innovation, à tout le moins, en tout cas, dans ce que vous développez. Et là, vraiment, on met des standards particuliers pour la recherche. Et ce que j'essaie de voir, c'est que vous avez une offre de services qui est peut-être différente actuellement, plus précise que ce que le public, que le système public a déjà adopté. Vous avez parlé de spermogrammes, est-ce que vous avez une technique qui... Pourquoi l'Arizona vous achète vos tests? Il doit y avoir quelque chose d'intéressant dans ce que vous faites.

• (12 h 20) •

**M. Boilard (Mathieu) :** En fait, c'est simple, là, c'est tout simplement qu'on mesure des paramètres qui sont reconnus comme étant ceux qui doivent être mesurés. Mais, quand on a démarré notre entreprise, qu'est-ce qu'on a fait, c'est tout simplement faire une mise à jour des façons dont on prend les mesures. Évidemment, il faut passer par des étapes de validation, hein? On ne s'en va pas avec un bandeau dans le visage pour se foncer dans le mur. Donc, on appliqué les normes des Clinical Laboratory Standards Institute, on a sorti les meilleures valeurs de référence, on a mesuré la précision d'appareils innovants pour arriver à des résultats plus précis, puis, dans certains cas, la précision de ces analyses-là fait en sorte que le patient, il est mieux guidé dans son traitement parce qu'on a réussi à obtenir des valeurs qui sont plus précises, tout simplement.

Donc, oui, il y a un caractère innovant à l'entreprise. Mais, jusqu'à date, le but, ça a été, j'ai envie de dire, de solidifier certaines fondations. Ça a suffi à faire la différence dans certains cas. Quand on règle le cas d'un patient qui a des problèmes depuis longtemps, bien, évidemment, il y a beaucoup de gens qui se tourment vers nous. Il y a beaucoup de bouche-à-oreille, et on va dans des congrès scientifiques tout le temps, on présente des posters à nos pairs dans les congrès scientifiques, puis des fois, bien, c'est ça, il n'y a pas juste des gens du Québec dans les congrès qu'on va. Des fois, c'est dans le reste du Canada, aux États-Unis. Donc, des fois, il y a des gens qui sont intéressés par ces technologies-là, puis ils me les achètent, donc on facture à l'extérieur puis on fait rentrer des sous neufs.

**Mme Massicotte (Lyne) :** Bien, dans le fond, juste pour expliquer peut-être qu'est-ce qu'on fait, c'est qu'on a fait le saut... Avant, on faisait les formules sanguines sur des hématimètres. Maintenant, elles se font sur des cytomètres en flux. Nous, au lieu de faire les spermogrammes par microscopie... C'est sûr qu'on en fait encore, de la microscopie, comme les formules sanguines, on fait toujours aussi encore des microscopies, mais nous, on fait par cytométrie en flux. Ça fait qu'on est capables d'aller chercher une précision et d'utiliser plusieurs marqueurs pour évaluer un même spermatozoïde. Ça fait que ça, c'est vraiment unique, là.

**Mme Lamarre :** Est-ce qu'il arrive que le réseau public fasse appel à cette spécificité-là que vous avez développée?

**Mme Massicotte (Lyne) :** Ce n'est jamais arrivé.

**Mme Lamarre :** Ce n'est jamais arrivé? O.K.

**M. Boilard (Mathieu) :** Mais une chose, nous, on prend... Comme le réseau public, quand un médecin, par exemple, qui est affilié à la RAMQ émet une requête... Parce que l'exemple, ça arrive très souvent dans les cas de vasectomie. Par exemple, un patient va se présenter, ça fait deux fois qu'il se présente à l'hôpital, et puis le laboratoire va lui dire qu'il est stérile, mais là la conjointe arrive enceinte. On en voit un par mois, à peu près, comme ça. Là, la conjointe, elle, elle s'arrache les cheveux de sur la tête parce qu'elle sait qu'elle n'a pas été infidèle, mais là son conjoint sait qu'il y a un résultat qui dit qu'il est stérile. Ça fait qu'il n'y a plus personne qui ne comprend rien. Dans ce temps-là, les médecins qui sont affiliés à la RAMQ vont nous diriger le patient, ils vont dire : Écoute, là, plus personne ne sait quoi faire, allez voir dans ce laboratoire-là, on va voir s'ils peuvent tirer les affaires au clair. Puis c'est arrivé souvent qu'on tire l'affaire au clair.

Donc, moi, je vois ça comme desservir le public. Je ne sais pas si j'étire la sauce trop loin, là, mais on n'a jamais eu besoin... En fait, il n'y a jamais un hôpital qui s'est tourné vers nous autres en disant : Écoute, est-ce que tu pourrais nous vendre tes spermogrammes postvasectomie? Ça, ce n'est jamais arrivé. Puis, si ça arrive, on va le considérer comme n'importe quel client, là, il n'y a pas...

**Mme Lamarre :** O.K. Je pense que ce que vous traduisez, c'est que vous incarnez vraiment un élément de recherche, de l'innovation. Et, dans notre système public, bien, finalement, le standard n'est peut-être pas au niveau où vous le développez, dans le fond, ce service-là. Parce que vous avez une spécificité, vous réussissez à aller de façon beaucoup plus précise dans ce que vous faites, ce qui est tout à fait favorable, puis vous relevez, dans le fond, un problème qui est très large, qui est de quelle façon on soutient notre système public tout en encourageant des gens qu'on a formés. Parce que c'est quand même nos programmes universitaires et l'argent des contribuables qui ont permis que vous développiez ces expertises-là, et on ne réussit pas actuellement, au Québec, à vous donner de quoi vivre, dans le fond, avec l'accès aux tests qui sont... et vous êtes obligés d'exporter, dans le fond, votre science.

**M. Boilard (Mathieu) :** Bien, on aurait pu vivre avec ce qu'on a vécu si on n'avait pas eu le pépin des distorsions de marché qu'on décrit dans le mémoire. Nous autres, ce qu'on a trouvé très décevant... Parce que la compétition, hein, moi, j'en suis, là, je suis un très, très «hard fighter», puis j'adore ça, je carbure à ça. Puis je ne suis pas le genre à dire : Ah! bien là, j'ai perdu à cause de ci ou à cause de ça. Ça ne me ressemble pas du tout, là. Sauf que, si vous me demandez mon opinion, la chose qui nous a fait mal, c'est le prescripteur qui vend le test parce que cette occasion d'affaires là, l'opportunité de desservir un client n'est jamais venue. Il ne se présente pas, le patient. Je fais quoi pour gagner ma vente, là? Donc, ça, pour moi, cette distorsion-là de marché n'est pas acceptable.

Puis, maintenant que l'entreprise est rentable, j'espère qu'il n'y a pas d'autres chercheurs Ph. D. qui ont une bonne expertise à offrir qui vont vivre ça s'ils décident de démarrer leur entreprise. Parce que, quand un Ph. D. démarre une entreprise au Québec, ça a une valeur très, très importante selon moi.

**Mme Lamarre :** Alors, on vous rejoint bien. Si on revient quand même au projet de loi, votre principale préoccupation, c'est l'agrément, qui, selon ce que vous avez eu comme première indication, a été conçu pour une grande entreprise, un grand laboratoire, avec des exigences qui, dans le fond, dépassent les éléments de supervision que vous, vous pouvez assurer parce que vous êtes peu nombreux. Mais vous pourriez croire, par exemple, vous pourriez finir par vous développer puis... Alors, comment vous voyez qu'on puisse faire des recommandations, par exemple, à Agrément Canada? À partir de quand il faudrait dissocier votre petit laboratoire et votre processus d'agrément plus... bien, en tout cas, mieux aménagé, mieux ajusté et un processus d'agrément plus standard?

**Mme Massicotte (Lyne) :** Bien, je veux dire, on peut être le cobaye, hein, on peut être... Je veux dire, on peut travailler avec vous avec Agrément Canada pour... puisque, dans le fond, on fait peut-être jurisprudence, si on peut dire, là, tu sais, on est les premiers à arriver. Puis, comme le fait que ça fait cinq ans qu'on est deux, bien là, le trois ans, là, qu'est-ce qu'on fait? Dans le fond, nous, c'est ça qu'on demande, tu sais, à la loi : Est-ce que vous nous enlevez le permis parce qu'on n'a pas grossi assez en trois ans? C'est vraiment porter préjudice, là, à... On a le droit de commencer petit, on n'a pas besoin d'être... Souvent, des fois, les compagnies partent gros pour avoir flash, mais nous, on a commencé modestement puis... Ça fait que vraiment, tu sais, on est dans...

**M. Boilard (Mathieu) :** La réponse rapide, là, à où c'est qu'on met la tranche, là, c'est on ne le sait pas. On ne le sait pas, honnêtement, là. La chose qu'on sait, par contre, c'est que, nous autres, on a un désir sincère de fournir des analyses de qualité. On carbure à la compétition, d'un côté, mais on carbure aussi à la science. On adore faire les choses comme il faut. Puis, aujourd'hui, si vous voulez nous faire trembler, si vous voulez faire en sorte qu'on se prépare d'avance, puis qu'on a peur, puis qu'on révisé nos procédures, puis qu'on s'assure qu'on a tout fait comme il faut, envoyez-nous un de nos pairs à travers le LSPQ, quelqu'un qui n'est pas en compétition avec nous autres, quelqu'un, bien, du système public, à la limite, parce que cette personne-là est capable de lire qu'est-ce qu'on écrit puis qu'est-ce qu'on fait dans nos protocoles puis de le comprendre. Présentement, on a ça. La première inspection qu'on a eue, c'était Dr Bouthillier qui était venu nous inspecter. C'est quelqu'un qui a un background en recherche sur les spermatozoïdes en plus d'être...

**Mme Massicotte (Lyne) :** Dr Laurence.

**M. Boilard (Mathieu) :** ...Dr Laurence, mais qui avait un background dans notre domaine. Quand il arrive, là, nous autres, là, on se surveille, hein, on fait attention. Mais ce que je veux dire, c'est que je pense qu'à partir du moment où on a ça il n'y a pas vraiment de raison de craindre de la qualité du service d'un petit laboratoire. C'est cette personne-là, normalement, qui devrait débusquer s'il y a une tentative de charlatanisme total basé sur une science pourrie et qui vise juste à faire du profit en bénéficiant de la crédulité des gens. Si cette démarche-là ne suffit pas à faire la lumière, il n'y a pas grand-chose qui va pouvoir le faire. Amenez-nous un de nos pairs, on va lui ouvrir les cahiers. Après ça, posez-vous pas de questions, là. C'est probablement le défi le plus grand que, nous autres, on a à faire, là, quand on rencontre un de nos pairs qui n'a pas d'intérêt dans notre entreprise. Ça fait que je vous donne le truc.

**Le Président (M. Merlini) :** ...secondes, Mme la députée.

**Mme Lamarre :** Bien, en fait, je suis contente de voir que vous avez été satisfaits de l'inspection de la LSPQ parce que je pense que ça traduit quelque chose. C'est sûr qu'il y a une dimension au niveau de l'agrément qui relève parfois, au niveau de l'évaluation, plus de l'environnement, et non pas du professionnel, qui relève au niveau des certificats des appareils, et tout ça. Alors, il y a peut-être une façon de trouver une voie de passage. Mais je vous remercie d'avoir attiré notre attention sur ces potentiels...

**Mme Massicotte (Lyne) :** ...d'accord quand même que, dans le projet de loi... Tendez à suivre les normes d'agrément. Ça fait qu'au fur et à mesure qu'on grossit... Mais, quand on va venir à temps, on va être prêts à être inspectés. Ça peut être un guide fortement suggéré, mais sans être obligatoire jusqu'à la mesure que c'est justifiable.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup pour cet échange. Nous allons maintenant au deuxième groupe d'opposition. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de 6 min 24 s.

**M. Picard :** C'est beau. Merci, M. le Président. Dr Massicotte, M. Boilard, dans un premier temps, merci, je vous dirais, d'allumer un certain intérêt pour les parlementaires sur qu'est-ce que vous avez vécu. Et vous le faites pour les gens qui vont vous suivre, les gens qui vont débiter d'autres entreprises.

Mais, plus précisément, à la page 15, vous faites un vœu, quant à moi, là, lorsque vous dites : «...l'État poursuit ses efforts dans la stimulation de l'entrepreneuriat.» Puis là le premier point que vous amenez, vous dites : «...en encourageant les médecins...» C'est quoi, ça, encourager les médecins à dire : Ah! il y a deux offres, il y a du public puis il y a du privé?

• (12 h 30) •

**M. Boilard (Mathieu) :** Bien, parce que qu'est-ce que nous autres, on s'est rendu compte, c'est qu'il y a beaucoup de patients qui... En fait, des clients, ils se présentent chez nous, puis le commentaire qu'on a à toutes les semaines, c'est : Pourquoi personne ne m'a dit que vous existiez avant? Je trouve ça dommage, pas nécessairement... Moi, je trouve ça dommage parce que je perds de l'argent, mais ce n'est pas de ça que je veux parler. Ce que je veux parler, c'est que le patient... Un peu comme Mme Lamarre l'a expliqué tout à l'heure, l'expertise que j'ai d'enfermée dans ma caboche puis que j'essaie de sortir à tous les jours, il est en grande partie responsable du fait qu'elle existe, cette expertise-là, puis que ma compagnie existe dans la province du Québec parce que moi... Nasci, ça a commencé d'un programme d'anglais enrichi à l'école secondaire Donnacona. Si je n'avais eu ça du système public d'éducation, je ne serais pas capable de faire de deal avec Scottsdale, là, en Arizona.

Ça fait que c'est cette personne-là, là, qui a payé pour ça, ou ses parents, peu importe. Mais là personne ne sait pas que j'existe. Personne n'a pu lui expliquer de prendre le temps de faire un Google, qu'il y a des entreprises privées qui sont innovantes, qui font ça. Je trouve qu'il y a quelque chose de regrettable là-dedans. Puis je n'ai pas vraiment de solution élégante, tout étoffée à vous présenter en disant : Il faudrait que le médecin fasse ça, mais je trouve ça plate un peu. Je ne sais pas vraiment c'est quoi, la solution magique à ça, que le gars dise : J'aurais aimé ça savoir que vous existiez avant. Qu'est-ce qu'on fait avec un patient qui dit ça? Je ne le sais pas. Donc, peut-être que c'est le médecin qui devrait se faire un devoir... mais je trouve qu'ils en ont déjà beaucoup à faire. Ça devient difficile pour moi de mettre le fardeau de cet exercice-là, d'informer le patient sur quelqu'un. Je pense que tout le monde travaille fort, mais que, des fois, on en échappe, puis c'est regrettable.

**M. Picard :** Moi non plus, je n'ai pas la solution, non plus, mais comme je disais...

**M. Boilard (Mathieu) :** Non, mais je pense qu'elle n'est pas évidente à trouver, nécessairement.

**M. Picard :** Comment?

**M. Boilard (Mathieu) :** Je pense qu'elle n'est pas nécessairement évidente à trouver.

**M. Picard :** Non, mais, comme je disais d'entrée de jeu tout à l'heure, l'important, c'est que vous avez levé la main, là, puis vous avez identifié un problème, puis il y a des gens autour de la table qui entendent ça. Puis je pense que c'est notre rôle à nous, pour offrir les meilleurs services aux patients, de trouver un moyen pour vous faire connaître puis faire connaître aussi les gens qui vont vous suivre aussi.

**M. Boilard (Mathieu) :** Parce que, si le patient dit : Ah! moi, ça ne m'intéresse pas, payer tant de dollars pour quelque chose, qu'il le fasse.

**M. Picard :** Exact.

**M. Boilard (Mathieu) :** Moi, ça veut dire que j'ai mal fait mon travail d'expliquer, puis ainsi de suite. Puis, si je perds ma vente sur ces bases-là, bien, ça va juste me stimuler à mieux faire la prochaine fois. Mais que personne ne sache, ça devient lourd à un moment donné, puis, même si on fait plein d'efforts en publicité, ce n'est pas ça qui va créer, j'ai envie de dire, une... La publicité, ce n'est pas une façon d'informer les patients tant que ça au point de vue information, là, ça, c'est un exercice commercial. Ça fait que je ne la connais pas, la solution.

**M. Picard :** O.K. Merci. Merci à vous deux.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. M. Mathieu Boilard et Dre Lyne Massicotte, des laboratoires Nasci Biologie médicale, merci de votre contribution à nos travaux de la commission.

Je suspends quelques instants et j'invite notre dernier intervenant à prendre place à la table. Les travaux sont suspendus.

*(Suspension de la séance à 12 h 33)*

*(Reprise à 12 h 36)*

**Le Président (M. Merlini) :** On reprend. Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux. Nous avons notre dernier intervenant. Je souhaite la bienvenue à M. Bernard Minville, des Laboratoires Somnos. Vous avez 10 minutes pour faire votre exposé, et ensuite il y aura la période d'échange avec les membres de la commission. Bienvenue, M. Minville.

### **Cliniques Somnos inc.**

**M. Minville (Bernard) :** Merci beaucoup. Merci beaucoup de m'avoir invité. Je suis propriétaire d'une petite entreprise spécialisée en apnée du sommeil, située sur la Rive-Sud de Montréal. Je suis un inhalothérapeute de formation. J'ai plus de 20 ans d'expertise dans le domaine de l'apnée du sommeil. Le projet de loi n° 118, qui a pour objet d'encadrer les activités exercées dans les centres de physiologie respiratoire, touche directement les entreprises, dont la mienne, qui réalisent des tests diagnostiques pour l'apnée du sommeil et qui vendent des appareils pour le traitement de l'apnée du sommeil.

Le réseau public au Québec n'arrive pas à répondre à la demande, et les listes d'attente dans les hôpitaux pour passer des tests pour faire le diagnostic de l'apnée du sommeil vont de plusieurs mois à quelques années, selon les centres. C'est dans ce contexte que des compagnies privées ont commencé à offrir ces tests aux patients. Des dizaines de compagnies offrent ce service au Québec, et les frais pour les patients varient beaucoup d'une compagnie à une autre. Certaines compagnies demandent aux patients de payer 100 \$, 350 \$ ou 500 \$ pour le même test. D'autres compagnies, comme la mienne, réalisent ces tests sans frais pour les patients. Dans la plupart des autres provinces canadiennes, ces tests sont également offerts sans frais par plusieurs compagnies privées.

Depuis sa présentation, l'article 34 du projet de loi n° 118 a fait l'objet de beaucoup de discussions. Cet article stipule qu'aucun laboratoire ne peut donner des primes, consultations gratuites, certificats, cadeaux, échantillons, ristournes ou avantages destinés à attirer ou à fidéliser la clientèle. Certains prétendent qu'il sera dorénavant interdit d'offrir des tests gratuitement. Il y a beaucoup de compétition dans ce secteur d'activité. Plusieurs compagnies, ayant une structure beaucoup plus lourde que la nôtre, ne peuvent offrir des tests sans frais. Nous convenons que la réalisation des tests diagnostiques ne peut prendre aucune forme d'attachement pour le patient, et il ne doit y avoir aucun contrat ou obligation pour les patients d'acheter leur appareil pour le traitement à l'endroit où ils ont passé le test diagnostique. Il ne doit y avoir aucun avantage ou ristourne pour les médecins qui réfèrent des patients dans ces compagnies privées.

Par contre, nous ne croyons pas que la réalisation des tests sans frais pour les patients aille à l'encontre d'un quelconque principe d'éthique ou de déontologie. La plupart des compagnies d'assurance ne remboursent pas les frais pour les tests diagnostiques dans le réseau privé, et beaucoup de patients n'ont pas les moyens de payer les coûts pour ces tests. Le fait que les tests puissent être réalisés sans frais pour les patients ne semble que dans leur meilleur intérêt. Certains prétendent qu'il y a un lien entre le coût du test et la fidélisation, comme s'il s'agissait d'une relation linéaire : plus on paie cher, moins on est fidélisés. Nous ne sommes pas de cet avis. Que les tests soient réalisés sans frais pour les patients ou qu'ils paient 100 \$, 350 \$ ou 500 \$ exactement pour le même test n'implique pas qu'ils sont davantage fidélisés. Si le service qu'ils reçoivent les satisfait, les patients auront tendance à revenir au même endroit pour faire l'achat d'un appareil de traitement si nécessaire, mais ce n'est certainement pas le fait de payer un montant de 500 \$ qui empêche la fidélisation.

Les compagnies privées sont autorisées à faire de la publicité et plusieurs investissent des milliers de dollars pour des publicités à la télévision, la radio, dans les journaux ou via les réseaux sociaux. S'agit-il d'un moyen d'attirer de la clientèle? Certainement. C'est en offrant des tests sans frais que Cliniques Somnos a fait sa publicité. Fait à noter, plusieurs compagnies réalisent des tests gratuitement pour les milieux hospitaliers à l'intérieur de contrats. Ne s'agit-il pas d'un moyen d'attirer la clientèle dans leurs locaux? Deux poids, deux mesures.

• (12 h 40) •

La qualité reliée à la réalisation des tests est contrôlée par l'ordre des inhalothérapeutes, qui effectue des visites dans nos installations, de même que par des organismes comme Agrément Canada ou agrément Québec. De plus, la loi n° 118, à l'article 26, ajoute un niveau de surveillance en exigeant que le directeur soit nommé. Ce directeur a la responsabilité, entre autres, de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services dispensés. Nous avons déjà un directeur médical.

En conclusion, nous souhaitons qu'il soit précisé à l'article 34 qu'il n'y a pas d'interdiction de procéder à des tests sans frais pour les patients. Puis j'aimerais ajouter, suite au visionnement d'hier des commentaires des membres du Collège des médecins qui disaient qu'il y avait beaucoup de médecins, des pneumologues avec une spécialité en apnée du sommeil, ils sont environ 20 au Québec à détenir une spécialité de plus d'un an en apnée du sommeil. S'ils seraient dans les 20, peut-être... on ne sait pas combien qui voudraient aller ouvrir des laboratoires du sommeil, peut-être trois, quatre, et on sait qu'au Québec, présentement, il se fait entre 1 200 et 1 500 tests de laboratoire du sommeil dans le privé par mois. Comment voulez-vous que trois ou quatre pneumologues gèrent la province de Québec quand on sait qu'il y a des temps d'attente, premièrement, dans les hôpitaux? Puis comment on va desservir la population avec trois ou quatre pneumologues qui vont contrôler les laboratoires du sommeil des gens de la Gaspésie, de la Côte-Nord, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de

l'Abitibi-Témiscamingue? C'est sûr, présentement, c'est des petites compagnies, comme moi, qui couvrons ces régions-là. Est-ce que c'est parfait? Pas du tout. Mais, avec votre article de la loi n° 26 nommant un directeur médical, je pense qu'on va beaucoup améliorer la qualité des services au niveau des patients.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Minville, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 16 minutes. La parole est à vous, M. le ministre.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, bien, M. Minville, merci d'être venu nous rencontrer aujourd'hui. Donc, vous faites partie... Je ne pense pas... Étiez-vous là lorsque votre ordre professionnel a...

**M. Minville (Bernard) :** Oui.

**M. Barrette :** Donc, vous faites partie du petit groupe où vous êtes les propriétaires.

**M. Minville (Bernard) :** Bien, au Québec, il y a à peu près 26 compagnies qui sont détenues par 11 inhalothérapeutes, mais des succursales, moi, j'en ai 10, succursales, moi-même.

**M. Barrette :** Ah bon? O.K.

**M. Minville (Bernard) :** J'ai 10 succursales.

**M. Barrette :** O.K. Donc, il n'y a pas juste... O.K. Alors, quand l'ordre nous disait qu'il y avait 10 propriétaires qui étaient des inhalothérapeutes, c'est plus que 10, c'est parce qu'il y a des succursales parfois comme vous.

**M. Minville (Bernard) :** Oui. Cliniques Somnos, on a 10 succursales dans la région de Montréal et Sherbrooke.

**M. Barrette :** O.K. Je comprends. Ça fait que, donc, il y aurait 26 — vous avez dit — installations.

**M. Minville (Bernard) :** 26 compagnies, sans compter que chaque compagnie... Exemple, VitalAire peut avoir cinq installations, pour un total d'au-delà de 60.

**M. Barrette :** D'au-delà de 60? Bon, écoutez, on va juste clarifier la patente, là, parce que, là, ce n'est pas clair, là. L'ordre nous a dit qu'il y avait... En tout cas, moi, j'ai compris — puis je pense qu'on a tous compris — qu'il y avait 60 points de service pour des tests d'apnée du sommeil. Ce que vous nous dites, ce n'est pas ça.

**M. Minville (Bernard) :** Il y a 60 points de service, mais 26 compagnies qui détiennent ces 60 points de service là.

**M. Barrette :** O.K., O.K. D'accord, d'accord. O.K., O.K., O.K. Et les compagnies, c'est des compagnies qui sont d'actionnariat principal d'inhalothérapeutes?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, 11.

**M. Barrette :** 11 qui sont d'actionnariat?

**M. Minville (Bernard) :** Oui.

**M. Barrette :** Et le reste, ce sont toutes des compagnies?

**M. Minville (Bernard) :** Des multinationales ou des compagnies comme, exemple, Oxygène Granby, que c'est un homme d'affaires.

**M. Barrette :** O.K. Bon, puis, à votre connaissance, ces compagnies-là, est-ce qu'elles ont aussi des implications dans la santé, dans l'équipement? Il y a-tu de l'interconnexion, là, d'affaires, là?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, normalement, quand on a un laboratoire du sommeil, on va vendre des appareils. Le problème d'avoir des laboratoires du sommeil, ce n'est pas payant ou très peu payant si on ferait juste des laboratoires du sommeil, parce que, si ça serait payant, avec la quantité de monde qui souffre de l'apnée du sommeil, il y en aurait à tous les coins de rue. Ce n'est pas payant. On va réussir à vivre en vendant les appareils.

**M. Barrette :** Je vous remercie de votre franchise, là, ça ne peut pas être plus clair que ça. Donc, vous, là, vous avez un intérêt — avec un I majuscule — d'avoir en plus un volet affaires. Ce n'est pas un péché, là, d'avoir un volet affaires, mais il n'en reste pas moins qu'il y a là un potentiel conflit d'intérêts, vous ne trouvez pas?

**M. Minville (Bernard) :** Non, parce que moi...

**M. Barrette :** À partir du moment où vous nous dites que votre survie financière dépend de la vente d'appareils que vous vendez vous-même...

**M. Minville (Bernard) :** Non, parce que ce n'est pas moi qui fais les prescriptions, c'est les médecins qui m'envoient un patient avec une prescription médicale. Moi, je fais un test. Un test, c'est que je fournis l'appareil au patient, qui va dormir à domicile avec, revient. Moi, j'envoie les résultats au pneumologue, qui va interpréter... et, selon les recommandations, va faire une prescription pour l'achat de l'appareil, ou bien un généraliste.

**M. Barrette :** Et la personne va revenir chez vous l'acheter, en général?

**M. Minville (Bernard) :** Non. Bien, si je regarde, on va dire que je fais 100 tests par mois, j'ai à peu près 40 %, 40 patients qui vont acheter l'appareil chez moi.

**M. Barrette :** Mais, dans la situation, là, O.K., si vous n'aimez pas le mot «conflit d'intérêts», là, il y a un intérêt à ce que vous vendiez à votre client qui vient passer un test une machine, bon, parce que ça génère un revenu qui va dans vos poches.

**M. Minville (Bernard) :** Oui, pour payer...

**M. Barrette :** Bon, je comprends l'affaire, là. Ici, on est juste dans une question de qualité et de protection du public. Donc, il y a une situation qui, intrinsèquement, pousse vers un diagnostic qui nous amène vers l'achat d'une machine, puisque votre revenu en dépend. C'est juste une question factuelle, là.

**M. Minville (Bernard) :** Oui, mais c'est le pneumologue...

**M. Barrette :** Et vous, vous êtes confortable avec ça?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, je suis confortable tant qu'on a un directeur qui supervise la qualité. Puis, comme je dis, ce n'est pas moi qui vais faire la prescription pour l'appareil quand je reçois pour faire le test.

**M. Barrette :** Non, ça, je comprends votre raisonnement, mais il y a quand même là, en apparence, là... Écoutez, là, je ne veux pas vous mettre mal à l'aise, là, mais la phrase habituelle qui veut qu'il y ait apparence de conflit d'intérêts... Au moins, il y a l'apparence d'un conflit d'intérêts. Ça ne veut pas dire que c'est toujours nocif, là, mais il y a ça pareil, là.  
Bon, la relation avec les autres professionnels, ça, c'est à distance, à toutes fins utiles, là, dans votre réseau?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, le réseau, avec le temps d'attente dans les hôpitaux, les généralistes se sont tournés vers différentes compagnies. Ils donnent un choix. Les patients peuvent magasiner leur test. Moi, je les fais gratuits. C'est mon moyen de publicité que je fais dans la région de Montréal.

**M. Barrette :** O.K. En général, dans votre réseau de 10 cliniques, là, quelqu'un qui va chez vous, il arrive avec une prescription, vous faites le test, vous envoyez le résultat à un médecin, le médecin va lui faire une prescription de CPAP ou une affaire de même, il va revenir chez vous. Qui fait le suivi? C'est vous?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, c'est le groupe d'inhalothérapeutes. Oui, on fait un suivi s'il veut acheter l'appareil, mais on va faire un suivi aussi avec le patient. On ne vend pas juste l'appareil.

**M. Barrette :** Mais le suivi clinique, est-ce que, là, je dois comprendre que, dans le fond, là, à partir du moment où le patient a sa prescription d'un médecin, il pourrait ne plus jamais voir le médecin si vous le suivez par la suite?

**M. Minville (Bernard) :** Non. S'il a des problèmes, nous, on a mis un mécanisme en place pour que le pneumologue puisse le revoir. On ne peut pas laisser un patient qui... Moi, je vous parle...

**M. Barrette :** Il peut le revoir, mais c'est vous qui assurez le suivi.

**M. Minville (Bernard) :** Le suivi technique de l'appareil. S'il y a des problèmes autres, qu'on voit qu'on n'est pas capables d'arriver au suivi technique, on va le faire voir par un pneumologue.

**M. Barrette :** O.K. Donc, vous vous retrouvez, donc, dans une situation... Puis là, évidemment, quand vous faites le suivi technique, ce n'est pas gratuit, là, ça, il y a un coût à ça. C'est comme un contrat de service, là.

**M. Minville (Bernard) :** C'est dans le prix de l'achat de l'appareil.

**M. Barrette :** C'est dans le prix de la machine?

**M. Minville (Bernard) :** Oui, tout à fait.

**M. Barrette** : O.K. Il n'y a pas de frais, après ça, d'utilisation?

**M. Minville (Bernard)** : Aucuns frais. Nous, on vend un appareil. Tant que le patient est propriétaire de son appareil, les suivis sont gratuits.

**M. Barrette** : Et sur le plan clinique?

**M. Minville (Bernard)** : Sur le plan clinique aussi, il vient nous voir. Nous, on a des appareils qu'on peut voir, chaque jour, comment ça va, combien d'heures qu'il dort avec l'appareil, si son apnée est corrigée, tout ça.

**M. Barrette** : J'oublie la mise au point de l'appareil, là. Je m'adresse exclusivement à la personne qui vient vous voir après. Vous faites quoi, là, vous? L'inhalothérapeute qui travaille pour vous, il dit à monsieur : Monsieur — ou madame, peu importe — voici la machine que je vous vends, ça devrait avoir tel effet, revenez me voir dans trois semaines. Ou non, là, je ne sais pas si vous dites ça : S'il y a un problème, revenez me voir. Mais, si vous ne filez pas, revenez me voir. Qu'est-ce que vous faites, là?

**M. Minville (Bernard)** : Bon, nous, on fait...

**M. Barrette** : Est-ce que le patient peut revenir vous voir et être chargé pour un service, une opinion qui est externe au fonctionnement de la machine?

**M. Minville (Bernard)** : Bien, premièrement, nous, on va vendre un appareil. Une semaine après, l'inhalothérapeute rappelle le patient pour voir comment ça va. On regarde aussi les données au niveau électronique, comment ça va. On les rappelle un mois après. S'il y a un problème, puis on voit que ce n'est pas juste l'appareil, mais c'est vraiment le patient qui a des difficultés, on va le faire voir par un pneumologue. Il ne tombe pas entre deux chaises.  
• (12 h 50) •

**M. Barrette** : O.K. Le projet de loi, lui, à ce moment-là, il ne devrait pas vous poser énormément de problèmes malgré tout?

**M. Minville (Bernard)** : Non. Je suis content qu'on va pouvoir avoir un directeur pour valider la qualité des services puis aussi que des organismes comme Agrément Canada ou agrément Québec viennent nous visiter, puis l'ordre des inhalos.

**M. Barrette** : O.K. M. le Président, si vous n'avez pas d'objection, je passerais la parole à mon collègue de Marguerite-Bourgeoys, qui aurait quelques interventions à faire.

**Le Président (M. Merlini)** : Très bien, M. le ministre. Alors, M. le député de Marguerite-Bourgeoys, la parole est à vous, en vous disant qu'il reste sept minutes au temps alloué.

**M. Poëti** : Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre.  
Vous savez, on écoute attentivement les choses. Tantôt, j'ai été interpellé par la dernière rencontre qu'on a eue. Vous avez dit : Sur 100 tests qu'on fait, il y a 40 % qui achètent la machine chez nous.

**M. Minville (Bernard)** : Environ.

**M. Poëti** : Mais, sur les 100 tests, il y en a combien qui sont négatifs, qu'ils n'en ont pas besoin, de machine?

**M. Minville (Bernard)** : Je vous dirais, les généralistes font du bon dépistage, mais il y a beaucoup de patients, on pourrait dire un 30 %, qui n'ont pas besoin de l'appareil. Ils retournent chez eux puis...

**M. Poëti** : O.K. Parce que, là, ce n'est plus tout à fait pareil quand on le regarde de cette façon-là.

**M. Minville (Bernard)** : Mais il y a des patients aussi qui vont aller magasiner leur appareil ailleurs, qui vont l'acheter ailleurs.

**M. Poëti** : Parfait. Les gens qui vous ont précédé aussi dans un... bien, je ne peux pas dire un autre domaine, mais, je dirais, quelque chose de connexe, nous disent : Dans un test biochimique, il y a un retour qui est demandé, en fait, à ceux qui réfèrent ou qui envoient les tests faire chez eux. Eux, ils ont refusé ça, de redonner un montant. Est-ce que vous, ça vous arrive aussi? Est-ce que vous devez retourner un certain montant? Parce que je comprends que vous garantissez le service, vous garantissez l'ensemble de l'oeuvre par la machine. Est-ce que vous devez redonner ou est-ce que vous redonnez un montant à ceux qui vous réfèrent des clients, un pourcentage?

**M. Minville (Bernard)** : Non, non, aucun pourcentage. Ça m'est arrivé une fois qu'un... dans une clinique, qui m'a demandé d'avoir un pourcentage sur le prix de mes tests de sommeil. Je lui ai dit : Non, un, mes tests sont gratuits. Un, je n'ai eu aucun patient de cette clinique-là, puis ça ne me dérange pas, jamais je ne vais le faire.

**M. Poëti** : O.K. Puis, en fait, ma dernière question, puis je pense que c'est... Probablement comme les citoyens qui nous écoutent, je ne suis pas spécialisé dans votre domaine du tout. C'est ça, l'Assemblée nationale, vous avez des gens de tous les milieux qui posent des questions qui peuvent paraître parfois anodines. Mais moi, j'ai 25 connaissances, là, depuis un an, là, qui se sont fait prescrire la machine. J'ai une nièce qui a 30 ans, qui fait de l'acouphène, qui s'est fait prescrire la machine. J'ai un ami qui fait du diabète, qu'ils ont dit que l'appareil va guérir ça, va l'aider. J'ai quelqu'un qui fait de la haute pression, qui dit : Ça, ça va... Comment se fait-il que, depuis un an — je vais dire un an pour être gentil, je pense que ce n'est peut-être pas tant, mais je vous donne un an, là — c'est devenu... Puis vous êtes un spécialiste, là, vous êtes inhalothérapeute, ce que je vois ici, là, comment ça se fait que ça, c'est devenu le remède à à peu près un nombre de maux de santé, là, extraordinaire? Est-ce qu'il y a quelque chose de nouveau qui s'est passé depuis un an pour découvrir ce remède miracle là ou le marketing — puis je dis le mot sans que ce soit négatif — a fait que, tout d'un coup, ça, là, tous les médecins s'entendent... en tout cas, plusieurs s'entendent pour dire : Il faut que tu achètes ça?

**M. Minville (Bernard)** : Bien, ça fait plusieurs années, je vous dirais. On va reculer de quatre, cinq ans, les généralistes sont beaucoup plus à l'écoute des symptômes des patients. Il y a beaucoup plus de tests qui se font. Il y a des études aussi qui se font sur le diabète, l'hypertension artérielle. Est-ce que ça peut augmenter? Moi, je pense qu'il y a plus d'éducation qui s'est faite. Il y a eu beaucoup d'éducation au niveau des généralistes pour diagnostiquer les patients, mais je ne peux pas vous dire s'il y en a plus, s'il y en a moins.

**M. Poëti** : Une dernière question. Dans votre suivi — parce que je comprends que vous suivez les patients, là — sur les 40 % qui l'ont acheté chez vous, il y en a combien qui abandonnent après un mois?

**M. Minville (Bernard)** : 4 %.

**M. Poëti** : Combien?

**M. Minville (Bernard)** : 4 %.

**M. Poëti** : 4 % qui vous le disent.

**M. Minville (Bernard)** : On a un taux de cessation, la dernière année, de 4 %.

**M. Poëti** : Qui vous disent qu'ils ont arrêté.

**M. Minville (Bernard)** : Bien, quand ils viennent chez nous, s'ils arrêtent, il faut qu'ils viennent reporter la machine, il faut qu'ils nous signent un arrêt de traitement, puis on l'envoie au médecin généraliste ou...

**M. Poëti** : Mais il n'a pas acheté la machine?

**M. Minville (Bernard)** : Oui, mais il y en a qui nous ramènent l'appareil ou il y en a qui le vendent, comme vous avez entendu, sur Kijiji, LesPAC. C'est le problème. Mais nous, on a un taux de cessation de 4 %.

**M. Poëti** : Merci. Ça ne m'éclaire pas tant, mais ça me fait voir un autre volet de ça qui est relié au fait que c'est gratuit pour passer le test, mais on paie la machine 3 000 \$ dans certains cas.

**M. Minville (Bernard)** : Non, nous... Moi, je regarde...

**M. Poëti** : Bien, moi, on a conseillé ça à ma nièce. Elle a 30 ans, elle fait de l'acouphène, la meilleure machine, c'est 3 000 \$.

**M. Minville (Bernard)** : Non. Moi, je regarde, là, l'appareil que je vends, je vends à peu près 200 \$ en bas de la moyenne des compagnies au Québec.

**M. Poëti** : Oui? Puis, juste pour information, c'est quoi, la moyenne, le prix moyen?

**M. Minville (Bernard)** : C'est 1 850 \$.

**M. Poëti** : Combien?

**M. Minville (Bernard)** : À Montréal, on parle de 2 050 \$. Moi, je le vends 1 850 \$.

**M. Poëti** : Merci.

**M. Minville (Bernard)** : À 3 000 \$...

**M. Poëti** : Merci beaucoup.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup pour ce bloc d'échange. Je me tourne maintenant à l'opposition officielle, et, Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 9 min 36 s. À vous la parole.

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Bonjour, M. Minville. D'abord, merci parce que vous donnez l'heure juste. Je pense que vous nous donnez un témoignage, là, qui est très transparent.

En fait, dans votre processus, il y a un endroit où j'aimerais vous faire préciser... Parce que vous dites : Bon, il y a une demande, nous, on offre de faire le test, on réfère à un pneumologue. Le pneumologue, quand il pose son diagnostic et qu'il fait la prescription... Parce que ce n'est pas les inhalothérapeutes, là, qui prescrivent, c'est le pneumologue, hein? On s'entend bien, là, c'est le pneumologue qui pose le diagnostic et qui prescrit. Alors, quand le pneumologue prescrit, comment il retourne l'ordonnance au patient?

**M. Minville (Bernard) :** Le pneumologue peut donner des recommandations. Le rapport va être envoyé au généraliste. Le généraliste peut voir son patient et prescrire. Ça, c'est une méthode. Deuxième méthode, c'est que le pneumologue va vouloir rencontrer le patient. Il va y avoir une rencontre, une consultation. Après la consultation, il remet la prescription dans les mains du patient. Le patient, il fait ce qu'il veut avec sa prescription médicale. Ça, je vous parle de chez nous.

**Mme Lamarre :** Donc, vous me confirmez que, dans votre cas, jamais le pneumologue ne va remettre l'ordonnance à un de vos 11 points de service pour que le patient soit obligé de retourner à un des points de service pour aller chercher son ordonnance.

**M. Minville (Bernard) :** Non. Puis il ne signe aucun contrat chez nous pour dire qu'il est obligé d'acheter l'appareil.

**Mme Lamarre :** Est-ce qu'à votre connaissance il y a des endroits où ça se passe différemment?

**M. Minville (Bernard) :** Oui.

**Mme Lamarre :** Donc, mettons que le pneumologue fait l'interprétation dans un local où on fait la vente de ces produits-là, il pourrait laisser l'ordonnance sur place, et la consigne, ce serait que le patient doit retourner à ce centre-là pour aller chercher son ordonnance?

**M. Minville (Bernard) :** Oui. Puis il peut y avoir des pneumologues qui vont dire : Il faut que tu ailles passer absolument le test à cet endroit-là. Si tu ne vas pas à cet endroit-là, ne viens pas me voir.

**Mme Lamarre :** Qu'est-ce que ce serait, l'intérêt du pneumologue de demander ça?

**M. Minville (Bernard) :** Ça pourrait être pécunier.

**Mme Lamarre :** Ça pourrait être pécunier, on le comprend. Donc, le projet de loi n'est peut-être pas assez précis à ce niveau-là. Il faudrait peut-être rajouter certains éléments à cet endroit-là. Mais, de toute façon, ça relève aussi des problèmes, je pense, d'inspection, là, au niveau du Collège des médecins, au niveau de la vérification du dirigisme potentiel.

Vous avez parlé de la publicité qui est faite par des compagnies. Au Canada, on a interdit la publicité sur les médicaments. Même si les gens voient quand même certaines publicités, elle est très subtile. C'est interdit de donner le nom d'un médicament publiquement, donc c'est toujours seulement par du visuel quand il y a du... Mais, de façon générale, par rapport aux États-Unis, tout le monde s'entend pour dire qu'au Canada c'est relativement interdit. Est-ce que vous préconiserez qu'on interdise aussi la publicité sur ces appareils ici?

**M. Minville (Bernard) :** Sur les appareils, il n'y a pas vraiment de publicité. La publicité se fait pour dépister le patient, pour passer un test de sommeil.

**Mme Lamarre :** O.K. Donc, c'est sur le dépistage?

**M. Minville (Bernard) :** Oui. Sur les appareils, on vend tous le même appareil pour tout le monde.

• (13 heures) •

**Mme Lamarre :** Alors, on comprend, là, que c'est sûr que ça apparaît presque que comme une nouvelle manne, cette dimension-là de l'apnée du sommeil. Effectivement, on attribue beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses à ce problème, mais il y a un lien aussi avec l'obésité, qui est un élément qui, malheureusement, marque notre société maintenant aussi. Mais il reste qu'on sent, là, que ce diagnostic-là de l'apnée du sommeil est beaucoup plus prévalent qu'il l'était avant et vient beaucoup plus à l'esprit des gens.

Si ça pouvait conduire à une diminution des médicaments pour dormir, peut-être, ça vaudrait l'investissement, mais, pour l'instant, on n'est pas encore certains de ça. Mais c'est sûr que c'est une réalité, et la réalité à laquelle vous faites référence, là, 1 200 à 1 500 tests par mois... Et on connaît tous, là, des gens à qui on a prescrit ça, et on connaît aussi des gens à qui ça a fait une différence, ça a vraiment changé leur qualité de sommeil. Est-ce qu'il vous arrive de vendre des machines qui ne sont pas prescrites par un pneumologue?

**M. Minville (Bernard) :** Jamais.

**Mme Lamarre :** Jamais?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, on va vendre l'appareil si on a une prescription d'un généraliste ou d'un spécialiste, mais ça nous prend une prescription médicale, absolument, pour pouvoir vendre un appareil. C'est obligatoire. On ne peut pas vendre d'appareil sans prescription médicale.

**Mme Lamarre :** On a parlé, là, de Kijiji, mais est-ce qu'il y a des entreprises qui, actuellement, vendent des appareils sans ordonnance médicale?

**M. Minville (Bernard) :** Sur Kijiji, oui, mais...

**Mme Lamarre :** Mais pas officiellement, avec une boutique ouverte au marché.

**M. Minville (Bernard) :** Non, pas officiellement, mais sur Kijiji, oui, puis il n'y a aucun suivi de fait.

**Mme Lamarre :** O.K. Donc, je comprends que, pour le projet de loi, directeur médical, ça ne pose pas de problème pour vous?

**M. Minville (Bernard) :** Non.

**Mme Lamarre :** Agrément Canada, ça ne pose pas de problème?

**M. Minville (Bernard) :** Non plus.

**Mme Lamarre :** Et ce qui pose problème pour vous, c'est votre modèle d'affaires que vous avez développé, là, qui est de procéder à des tests sans frais. Mais vous comprenez que, dans l'apparence de conflit ou de dirigisme, c'est quand même là. Vous apportez des arguments. Vous n'avez pas confiance que la qualité du suivi que vous faites, du service que vous donnez, le bouche-à-oreille serait suffisant pour vous amener une clientèle? Parce que la plupart des autres professionnels, c'est comme ça que ça fonctionne. Les optométristes, les dentistes, les pharmaciens, on essaie, dans notre modèle, d'éviter l'espèce de boni de départ qui vise, au moins en apparence, à fidéliser la clientèle.

**M. Minville (Bernard) :** Bien, fidéliser, comme je vous dis, la fidélisation, qu'on paie 500 \$, 300 \$ ou 100 \$, ce n'est pas là qu'on va fidéliser le patient au gratuit, la fidélisation va se passer si on donne un bon service ou on ne donne pas un bon service. Si le patient aime notre service, il va probablement revenir. Qu'on ait payé 500 \$... Il est rentré dans notre point de service, s'il a aimé le service, il va revenir acheter son appareil.

**Mme Lamarre :** Ce qu'on comprend, c'est que, dans votre expérience, vous avez eu connaissance qu'il y avait une certaine forme de dirigisme entre le prescripteur, soit médecin ou pneumologue, et certaines compagnies, et vous, vous essayez de contourner ça en disant : Regardez, moi, je n'attendrai pas la référence, je vais offrir gratuitement le test, et ça, ça va me caractériser. C'est comme ça que vous le voyez?

**M. Minville (Bernard) :** Bien, moi, je fais de la promotion. Je visite les cliniques médicales, on dit qu'on offre un service, comme toutes les compagnies visitent les cliniques médicales puis les hôpitaux pour avoir du référencement.

**Mme Lamarre :** O.K. Ça répond à mes questions. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Nous allons nous tourner vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de votre bloc de 6 min 24 s. À vous la parole.

**M. Picard :** Merci, M. le Président. Merci, M. Minville. Votre présence est très éclairante sur, je vais dire, votre modèle d'affaires et sur l'industrie en général.

Si je reprends les propos du député de Marguerite-Bourgeoys, là, j'ai refait les petits calculs, 100 personnes, il y en a 30 qui n'en ont pas besoin, puis vous dites qu'il y en a 40 % qui en ont... Donc, il y en a 40 % qui vont en acheter, il y en a 4 % qui en retournent. Ça fait 36 %, 36 % sur 70 %, un sur deux en a besoin. Soit qu'on a un très bon réseau, puis les gens, les médecins détectent vraiment la problématique, ou moi aussi, j'ai l'impression, des fois, il y a, entre guillemets, des modes, là, qui sont causées par quoi, je ne le sais pas, peut-être par le marketing ou par différentes campagnes. C'est presque des opérations miracles, là. Mais je voulais savoir... Vous avez dit, je pense, que vous vendez un modèle de machine.

**M. Minville (Bernard) :** Non, on a trois modèles de machine.

**M. Picard** : O.K. D'un même fournisseur ou de plusieurs?

**M. Minville (Bernard)** : Non, trois fournisseurs.

**M. Picard** : Trois fournisseurs? O.K. Puis vous avez dit qu'il y avait 4 % des gens qui les ramenaient, là.

**M. Minville (Bernard)** : 4 %.

**M. Picard** : 4 %. Est-ce que vous les remboursez en totalité ou vous les remboursez en partie?

**M. Minville (Bernard)** : Voyez-vous...

**M. Picard** : J'essaie de comprendre pourquoi il y en a qui disent : Non, je vais aller sur Kijiji, là.

**M. Minville (Bernard)** : Bien non, ce n'est pas qu'ils aillent sur Kijiji. Il y en a qui ne sont pas capables de tolérer l'appareil. Nous, on donne un service de trois mois d'essai. Si, au troisième mois, il dit : Je ne la veux pas, la machine, puis il l'a payée, bien, je vais lui charger des mois de location puis je vais lui rembourser s'il a payé son appareil.

**M. Picard** : C'est combien, les mois de location?

**M. Minville (Bernard)** : C'est 170 \$.

**M. Picard** : Par mois?

**M. Minville (Bernard)** : Oui.

**M. Picard** : O.K. Donc, ça lui coûte 510 \$, rapidement, là. O.K. C'est beau.

**M. Minville (Bernard)** : Oui, mais je rembourse le reste s'il veut.

**M. Picard** : Oui. Non, c'est correct. Dernière question. Lorsque quelqu'un fait l'acquisition, est-ce qu'il y a des frais de maintenance à long terme, à moyen terme, que les gens doivent aller chez vous, puis il y a une petite facture, là, pour l'entretien?

**M. Minville (Bernard)** : L'entretien, non, mais on demande de... Les masques devraient être changés à toutes les années parce que le masque va user, le caoutchouc va devenir plus dur. C'est un entretien normal de changer le masque. Les assurances, normalement, couvrent l'achat du masque à chaque année.

**M. Picard** : O.K. Tantôt, vous avez dit à Mme la députée de Taillon que sur Kijiji... Est-ce que j'ai bien saisi, il y a des entreprises qui vendent sur Kijiji, mais ce n'est pas des entreprises identifiées, là? Mais ce n'est pas moi qui ai acheté une machine, qui la vend usagée, il y a des machines à l'état neuf qui se vendent sur Kijiji.

**M. Minville (Bernard)** : Ça s'est fait, mais ça, on ne peut pas garantir le service, comment c'est fait. Il n'y a aucun inhalothérapeute pour ça.

**M. Picard** : O.K. Puis, dans le domaine, tantôt, on disait que vous êtes une vingtaine, là, 23 de mémoire. Je comprends que vous, vous avez dit non à un système — peser mes mots — de reconnaissance des gens qui prescrivent. Je vais dire ça comme ça. Selon vous, là, vos compétiteurs...

**M. Minville (Bernard)** : Je ne peux pas le savoir.

**M. Picard** : Ou je vais prendre un autre... Pensez-vous que vous êtes le seul à ne pas avoir accepté?

**M. Minville (Bernard)** : Moi, je vous dirais qu'au-delà de 95 % des compagnies n'iront pas dans cette direction-là.

**M. Picard** : O.K. C'est rassurant. O.K.

**M. Minville (Bernard)** : Minimum.

**M. Picard** : C'est beau. Merci. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. M. Bernard Minville, représentant les Laboratoires Somnos, merci de votre présence et votre contribution aux travaux de la commission.

**Mémoires déposés**

Avant de terminer, je dépose donc les 13 mémoires des organismes qui n'ont pas été entendus et dont nous avons la liste ici, à la table. Je veux remercier le personnel du secrétariat du déroulement de ces travaux. Je veux remercier le député de Chutes-de-la-Chaudière, Mme la députée de Taillon, Mme la députée de Chauveau, Mme la députée de Fabre, Mme la députée de Verdun, M. le député de Marguerite-Bourgeys et, évidemment, M. le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux pour votre bonne collaboration dans le déroulement de notre mandat de consultations publiques.

Je lève donc la séance, et, la commission ayant accompli son mandat, j'ajourne ses travaux sine die. Merci beaucoup et bonne fin de journée.

*(Fin de la séance à 13 h 8)*